

TRABAJO DE FIN DE GRADO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y CULTURAL  
UNIVERSITAT DE BARCELONA.

---

VIOLENCIA OBSTÉTRICA.  
LA INVISIBILIZACIÓN DE LOS DESEOS  
DE LA GESTANTE EN EL MOMENTO  
DEL PARTO.

---

Tutora: Alice Van den Bogaert



CURSO ACADÉMICO 2021/2022

PILAR BARRA VELLILA

[mariapilar.barra@hotmail.com](mailto:mariapilar.barra@hotmail.com)

## Agradecimientos

Agradezco el paso por la Universidad que me ha brindado la oportunidad de ampliar mis conocimientos y ofrecerme un punto de vista crítico. Gracias a todos los profesores y profesoras que he conocido y que han influido de algún u otro modo en alimentar mi interés por la Antropología. Gracias a mi tutora y a sus indicaciones para la ejecución de este trabajo. Gracias a toda mi familia por haber tenido paciencia y alentarme a continuar con mi objetivo.

Por la generosidad y confianza demostrada, por haber conocido a través de sus experiencias la dimensión del problema sobre la violencia obstétrica, y poder darle difusión a través del ámbito académico, gracias a:

Gisela, Isa, Montse L, Montse, Anna, Teresa, Carme, Roser, Vicky, Rosa, Paqui, Cristina, Laura, Gemma, Núria, Nuri, Patricia, María, Fra, Noèlia, Esther y Carmen.

Sandra Giménez, comadrona de l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès i del ASSIR Alt Penedès.

Marifé Estébanez, comadrona en diversos centros públicos y privados.

Anna Manubens, comadrona de l'Hospital Universitari Dexeus.

Virginia Perfontal, comadrona de l'Hospital Universitari Dexeus.

Dr. Martí Cantallops, ginecólogo-obstetra de l'Hospital General de Catalunya.

Dra. Beatriz Lorente, facultativa especialista en obstetricia y ginecología, profesora asociada de la Universitat Autònoma de Barcelona, tutora de residentes de obstetricia y ginecología, presidenta de la Comissió de Prevenció de la Violència Obstètrica de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Dra. Sònia Martínez, ginecóloga-obstetra de l'Hospital Universitari Dexeus.

Serena Brigidi, doctora en Antropología de la Medicina, docente e investigadora de la Universitat Rovira i Virgili. Presidenta del Observatorio de Violencia Obstétrica, miembro de RedCAPS. Experta en temas de Género y Salud.

Marta Busquets, abogada y activista por los derechos sexuales y reproductivos. Presidenta de Dona Llum. Integrante del Grupo de Coordinación Permanente de l'Observatori d'Igualdad de Gènere de Catalunya (Institut Català de les Dones) representando al Consell Nacional de Dones. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Salud del Consell Nacional de Dones. Miembro de Xarxa de Dones per la Salut.

Barcelona, junio de 2022

## Resumen

La violencia obstétrica se ejerce en diferentes momentos en la atención de los procesos reproductivos de las mujeres y comprende ciertas prácticas y comportamientos que se habían naturalizado. Este estudio busca dar voz y visibilidad a los deseos silenciados de las mujeres, enfocando el interés en el parto, para lo cual es necesario un análisis con perspectiva de género y reflexionar no solo cómo el biopoder se hace con el control de este proceso natural y del que la mujer queda alienada, sino cómo la apropiación del cuerpo individual se convierte en norma hegemónica. Para ello, los testimonios de los participantes son necesarios para comprender la dimensión del problema, así como sus posibles soluciones para erradicarlo.

Las experiencias aportadas dan cuenta de la emergencia de un cambio estructural hacia una atención sanitaria más holística, que considere la dimensión emocional del proceso para conseguir un parto más humanizado y menos tecnocrático. Asimismo, comprender que esta violencia se ha mantenido por una estructura patriarcal que la ha justificado, es el camino para un cambio de paradigma asistencial, necesario para que la mujer recupere el empoderamiento y la autonomía de su cuerpo.

**Palabras clave:** violencia obstétrica, género, biopoder, empoderamiento, parto humanizado.

## Sumario

<b>1. Introducción</b> .....	1
<b>2. Metodología</b> .....	2
<b>3. Estado de la cuestión</b> .....	3
<b>3.1 Respuesta jurídica</b> .....	4
<b>4. Marco teórico</b> .....	5
<b>5. Natura vs cultura. El parto: de las manos de las mujeres al poder médico</b> .....	5
<b>6. Prácticas obstétricas. Datos estadísticos</b> .....	7
<b>7. Análisis etnográfico. Resultados</b> .....	8
<b>7.1 El cuerpo, experiencias y sensaciones</b> .....	9
<b>7.2 Relaciones de poder. Interseccionalidades</b> .....	10
<b>7.3 Expectativas y realidad</b> .....	12
<b>7.4 Empoderamiento</b> .....	12
<b>7.5 Dolor y culpa</b> .....	14
<b>7.6 Visión desde la medicina</b> .....	16
<b>8. Conclusiones</b> .....	17
<b>9. Bibliografía</b> .....	18
<b>10. Anexos (1) Figuras 1, 2 y 3.</b> .....	21
<b>11. Anexos (2) Tabla 1</b> .....	22
<b>12. Glosario</b> .....	23

## 1. Introducció

El término violencia obstétrica (en adelante, VO) aparece por primera vez en una publicación firmada por el doctor James Blundell denunciando los abusos cometidos a las mujeres en la Inglaterra del siglo XIX. En lengua castellana las primeras referencias aparecen a finales del siglo XX usando conceptos como *parto violento* o *parto forzado* (Vivas, E., 2020). Desde hace dos décadas se habla con mayor frecuencia gracias al trabajo de asociaciones como el Observatorio de la Violencia Obstétrica, El Parto es Nuestro o Dona Llum, que luchan para su reconocimiento social. Por tanto, se desconocía cómo denominar la apropiación de esos procesos, pero no su uso institucionalizado.

Así, se entiende por VO la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, expresado en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que conlleva pérdida de autonomía y capacidad de decisión sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres (Bellón Sánchez, S., 2015). Puede ser física, por abuso de prácticas como episiotomías rutinarias, maniobras de Kristeller, de Hamilton, cesáreas innecesarias o tactos vaginales (ver glosario de términos) realizados por varias personas, o psicológica, significando un trato paternalista que menosprecia o infantiliza a la mujer, que omite información necesaria o que hace uso de un lenguaje ofensivo (Vivas, E., 2020). Este tipo de violencia ha subsistido gracias a un contexto sociocultural de estructura patriarcal que lo ha justificado, que perpetúa roles y del cual los médicos no están excluidos (García Jordá, D., & Díaz Bernal, Z., 2010).

Es necesario enfocar esta problemática bajo la perspectiva del género y del biopoder en términos foucaultianos, para reflexionar cómo la unión de ambos es propicia para hacerse con el control de este proceso natural y del que la mujer queda alienada, y ver cómo esa apropiación controla el cuerpo individual hasta convertirse en norma hegemónica que extiende su disciplina a un colectivo determinado, en este caso, el control de los procesos reproductivos de las mujeres.

El interés de este trabajo está centrado en el parto, para lo cual, y en relación con la experiencia de las informantes, la pregunta de partida es cómo afrontaron y vivieron estas mujeres el momento del parto según sus expectativas y modelos culturales.

El dolor que se supone inherente al parto, y la forma de gestionarlo es otro tema de interés, ya que al dolor físico se une la dimensión de un imaginario cultural que lo legitima, por

lo que el parto es un proceso que se vive de manera particular en un contexto determinado. Ante la posibilidad de dar a luz fuera del ámbito hospitalario, interesa saber cómo se gestiona el dolor en ausencia de anestésicos y si esta forma de alumbramiento significa un retorno a la naturaleza como respuesta al parto medicalizado.

Las hipótesis de partida de este trabajo son:

- Los procesos de VO despojan y alienan a la mujer del control sobre su cuerpo, por lo que la posibilidad de sufrirla genera resistencia para recuperarlo.
- Recuperar el control sobre el parto empodera a la mujer y parir fuera del ámbito hospitalario es una forma de disidencia al modelo médico hegemónico<sup>1</sup>.

Así, el objetivo del trabajo es examinar cómo vivieron las informantes el momento del parto. También observar cómo afecta la VO o el temor a sufrirla para que algunas mujeres decidan parir fuera del ámbito hospitalario, y analizar cómo se vive el miedo al dolor potencial del parto, cómo queda neutralizado o qué mecanismos se ponen en marcha para minimizarlo. Interesa principalmente dar voz a estas mujeres, relatar sus experiencias y reflejar sus deseos silenciados e invisibilizados.

## 2. Metodología

La metodología del trabajo es mixta, consta de una investigación empírica basada en fuentes primarias y secundarias, con base cualitativa y cuantitativa. Para la parte empírica y cualitativa, se han efectuado 31 entrevistas semidirigidas durante los meses de noviembre y diciembre de 2021, de forma presencial y virtual a 22 mujeres-madre, de entre 32 y 63 años, tres de las cuales dieron a luz en sus domicilios, mientras que el resto hizo uso tanto de hospitales públicos como privados, y 7 profesionales de la salud, ginecólogos-obstetras y comadronas, para poder contrastar la experiencia vital y personal del parto de esas mujeres con la visión del personal sanitario. También se ha contado desde el activismo con la participación de la antropóloga Serena Brigidi y la abogada Marta Busquets. Todos consintieron en que la conversación fuera grabada y en aparecer con su nombre en este trabajo.

Partiendo de unos contactos iniciales, se derivó por efecto bola de nieve a conocer al resto de informantes, aunque no siempre el contacto secundario facilitado por un informante inicial quiso participar. Mi propia experiencia como persona que ha sufrido VO me hizo

---

<sup>1</sup> Término propuesto por E. Menéndez (2003) para referirse a la atención biomédica.

pensar que necesitaba encontrar mujeres que la hubieran sufrido, pero decidí ampliar el rango para entrevistar a mujeres que pudieran explicar su experiencia personal, sin más condicionantes, al no disponer en principio de suficientes informantes. De esta manera, percibí hasta qué punto muchas mujeres habían normalizado ciertas prácticas y actuaciones en sus partos, sin cuestionarlas y en muchas ocasiones, sin haber recibido información ni consentimiento previo.

Se ha realizado también observación participante, con la asistencia a la presentación del libro "Mirades a la violència obstètrica", celebrada en Ca La Dona y observación no participante con la asistencia a dos ponencias virtuales (Comissió de Prevenció de la Violència Obstètrica de l'Hospital Germans Trias i Pujol y Observatorio de Violencia Obstétrica).

El aporte teórico basado en fuentes secundarias está conformado por publicaciones que han tratado los procesos reproductivos desde una vertiente antropológica y feminista, enfatizando la parte emocional del proceso.

Para la base cuantitativa se ofrecen estadísticas del porcentaje de cesáreas y episiotomías que ilustran la magnitud de estas prácticas en obstetricia en nuestro país, para contrastarlas con las recomendaciones de la OMS.

### 3. Estado de la cuestión

En la década de los 80 la OMS instaba a revisar el modelo biomédico de atención a los procesos reproductivos de la mujer, que priorizaba su medicalización en detrimento del derecho a recibir una atención adecuada que tuviera en cuenta sus necesidades y expectativas (Arnau Sánchez J., et al. 2012), cristalizando en las Recomendaciones de Fortaleza (1985), enfocando el interés en proporcionar a la mujer una atención perinatal adecuada y un papel central en todo el proceso sin olvidar los factores sociales, emocionales y psicológicos.

Venezuela fue el primer país del mundo en incluir la VO en una ley en 2007, dando visibilidad a una problemática que se produce a nivel mundial y en diferentes contextos culturales, iniciativa seguida por otros países como Argentina y diversos estados mexicanos (Bellón Sánchez, S., 2015).

En España no está tipificada, las prácticas que se pudieran englobar como VO están prohibidas porque vulneran derechos básicos contemplados en Convenios



Internacionales, en su Código Penal y en su Constitución (Observatorio de la Violencia Obstétrica, 2016). La reforma de la ley del aborto prevé incorporar su mención, lo que ocasionó la reacción por parte del Consejo General de Colegios de Médicos Españoles negando su existencia, actitud que según expresaba Serena Brigidi, no es secundada por la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia, que reconocía la necesidad de trabajar la violencia de género.

La Ley catalana 5/2008 de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, establece la VO como una manifestación de la violencia de género, iniciativa pionera respecto al resto de España que representa un importante avance para normalizar el término, y encaminarse a su desaparición. A nivel estatal debemos remitirnos a la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, para encontrar los principios legales que aluden al derecho del paciente o usuario a decidir libremente, después de informarse entre las opciones clínicas disponibles.

Haciendo eco de las palabras de M. Isabel Blázquez (2005), es remarcable que la mayoría de las etnografías existentes sobre atención obstétrica han sido elaboradas por mujeres, y que la mayoría de las publicaciones provienen de la Academia Americana.

### 3.1 Respuesta jurídica

A pesar de contar con leyes que explicitan claramente los derechos del paciente, la realidad nos muestra la dificultad de ejercerlos, no solo en nuestro país. Además, hay que añadir que no existe un consenso internacional sobre cómo definir y medir científicamente el maltrato ni la falta de respeto (OMS, 2014).

Como expone Ferreira, en el contexto brasileño, (citada en Tempesta, G.A. & França, R.L.D., 2021:17) las mujeres son reticentes a denunciar, por lo que la VO se beneficia de la impunidad con la que obran los médicos por la falta de denuncias. En nuestro ámbito cercano, Marta Busquets (2019) explica desde su experiencia como activista que cuando una mujer trata de vivir su proceso de parto bien informada y queriendo tener el control para tomar decisiones, recibe presiones por parte del sistema médico y la sociedad para reconducirla a la aceptación de las normas. Francisca Fernández<sup>2</sup> (2015) expresa que, a

---

<sup>2</sup> Como abogada afrontó en 2018 una demanda por VO realizada en un hospital español, ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, que obligó al Estado Español a resarcir económicamente a la demandante, por entender que las prácticas realizadas le ocasionaron perjuicios físicos y morales. CEDAW C/75/D/138/2018, en: [https://www.elpartoestrueno.es/sites/default/files/public/blog/cedaw-c-75-d-138-2018\\_spanish.pdf](https://www.elpartoestrueno.es/sites/default/files/public/blog/cedaw-c-75-d-138-2018_spanish.pdf)

pesar de que España cuenta con la Ley de Autonomía del Paciente, a las mujeres no se les da opciones ni se les pide permiso para realizarles según qué prácticas y las denuncias existentes se resuelven por profesionales que se dedican a negligencias médicas como ejercicios de mala praxis, sin entrar en la cuestión de género, aspecto que señala también Marta Busquets.

#### **4. Marco teórico**

En primer lugar, es el cuerpo de mujer que vive, siente y sufre, por tanto, se parte del análisis que hicieron Scheper-Hugues y Lock (1987) del cuerpo como elemento central para el análisis de la VO. Por un lado, el concepto de cuerpo individual, es decir, la experiencia subjetiva del parto, y por otro, el de cuerpo político, entendido como terreno donde ejercer el poder institucional que entra en relación con la teoría del biopoder de Foucault (1976), entendido como las técnicas disciplinarias de poder que controlan los procesos vitales de la especie humana.

Mediante la antropología del dolor (Le Breton, D., 1999), se analiza el dolor como experiencia física y como dimensión cultural, fruto de una educación determinada. Asimismo, la antropología de la reproducción (Sadler, M., 2013; Blázquez Rodríguez, M. Isabel, 2005) ofrece el análisis de la atención al nacimiento y el dolor en el parto, uniendo al hecho biológico la construcción cultural de la experiencia.

El concepto de conocimiento autorizado, de Brigitte Jordan (1997), que enfatiza la relación asimétrica de poder entre médico y paciente, y el aportado por Robbie Davis-Floyd (1993) del cuerpo humano como máquina, como metáfora de producción capitalista, son pertinentes para el análisis de la VO. Todos estos postulados deben analizarse bajo una perspectiva de género interseccional, teniendo en cuenta todos los ejes que atraviesan el género incrementando la desigualdad entre las mujeres.

#### **5. Natura vs cultura. El parto: de las manos de las mujeres al poder médico**

Sadler (2004) observa que en nuestro contexto occidental, desde la biomedicina se suele infantilizar a las mujeres, consideradas más próximas a la naturaleza que a la cultura, por vivir un proceso que remite a funciones fisiológicas naturales, uno de los argumentos utilizado en sociedades patriarcales para intentar naturalizar su inferioridad. Además, controlar sus procesos reproductivos ha sido clave para mantenerlas en una posición subordinada (Bellón Sánchez, S., 2015).

Antes del siglo XIX, las matronas gozaban de un estatus social importante porque asistían los partos en Europa y sus colonias, aunque su hegemonía profesional empezó a decaer a lo largo del mismo siglo (Bellón Sánchez, S., 2015). Durante el siglo XX el parto se asocia a una concepción de riesgo que justifica su intervención (Blázquez Rodríguez, M.I., 2005), siendo atendido en los hospitales bajo el discurso médico que considera a la gestante como paciente que necesita asistencia médica, patologizando un proceso natural (Arnau Sánchez, J, et al. 2012).

En España durante la década de 1950 las matronas ejercían en zonas rurales, pero el cambio que experimenta la atención al parto ocasiona que esta práctica tradicional se conciba peligrosa y atrasada, una narrativa tan poderosa que, además de asegurar el criterio y privilegio de los médicos como profesionales únicos para resolver un parto, extiende la idea del cuerpo de mujer como débil e ineficaz, fruto de la fuerte visión androcéntrica de la salud humana (Bellón Sánchez, S., 2015). Sin embargo, que las parteras se ocuparan de las mujeres atendíéndolas a domicilio, no parece una idea tan absurda si pensamos que previamente el hospital era una opción para mujeres pobres en riesgo de muerte, o que llevaban sus embarazos en secreto (ibid., 105). Hasta mediados del siglo XVIII, eran lugares para ir a morir, y solo cuando se eliminaron sus efectos nocivos, resultó el ámbito ideal para ejercer el biopoder a través de los mecanismos disciplinarios con los que contaba el poder médico hegemónico (Foucault, M., 1990).

Así, se parte de una concepción histórica en que la ginecología ha asumido el parto como algo patológico o defectuoso que necesita intervención y medicación, a lo que se añade una necesidad de controlar esos procesos por parte de los estados para reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, enfatizando el proceso biológico en detrimento del psicosocial (García Jordá, D., & Díaz Bernal, Z., 2010). Se produce una subcontratación del parto en el momento que el médico toma su control, estableciéndose una relación de poder desigual, donde la mujer queda al margen y alienada de un proceso que debiera ser absoluta y principalmente suyo (Da Rocha Pereira et al., 2011).

Este proceso se enmarca en la teoría del biopoder de Foucault (1976) en el momento en que las técnicas normalizadoras pasan a controlar los procesos vitales de un colectivo de personas para corregir sus excesos o defectos para obtener el equilibrio deseado; en nuestro caso, controlar los procesos reproductivos de las mujeres significa hacerse cargo de la gestión de esa vida que está por nacer y conseguir a través de la disciplina del cuerpo individual el de la población femenina como capacitada para dar vida. Recurriendo al

término *embodiment* (Esteban, M.L., 2004), se puede establecer que el cuerpo de mujer encarna de forma conflictiva, interactiva y resistente todos los ideales que han sido transmitidos cultural y socialmente.

## 6. Prácticas obstétricas. Datos estadísticos

En España el porcentaje de cesáreas y episiotomías es más elevado de lo que aconseja la OMS (1985), que establece una ratio de cesáreas de entre un 10% y un 15%, existiendo gran variabilidad entre Comunidades Autónomas, siendo mayor la incidencia en los hospitales privados, no justificable desde el punto de vista médico, porque la sanidad pública atiende partos de mayor riesgo, más susceptibles de acabar en cesárea (Recio Alcaide, A., 2015). Según datos del Ministerio de Sanidad (2021), en 2018 la red de hospitales públicos atendió un 21,8% de partos por cesárea, mientras que en los hospitales privados el porcentaje sube al 36,5% (Figura 1).

En el mismo año, el porcentaje de partos con episiotomía en hospitales públicos fue de un 27,5% (Figura 2), datos que contrastan con las recomendaciones de la OMS, que sostiene que una tasa por encima del 20% no está justificada, mientras que el Ministerio de Sanidad propone una tasa inferior al 15% (Recio Alcaide, A., 2015).

Según datos de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (2015), el porcentaje de cesáreas de los hospitales del SISCAT supuso el 31,8% de los partos, con gran variabilidad entre hospitales (Figura 3).

A nivel europeo, España destaca por una atención al parto especialmente intervencionista en comparación a otros países, sin que se pueda justificar con mejores resultados en la mortalidad perinatal o neonatal; además según las recomendaciones de los organismos sanitarios, tampoco se basa en evidencia científica disponible (Recio Alcaide, A., 2015).

La maniobra de Kristeller está totalmente desaconsejada por la OMS y por el Ministerio de Sanidad (Recio Alcaide, A., 2015). Para su ejecución residual se usa el eufemismo *ayudar desde arriba*, evitando la palabra *proscrita*, según expresaba el doctor Cantallops, que la considera una práctica totalmente inadecuada. Sin embargo, la doctora Martínez conviene que no hay que demonizarla, porque bien realizada puede evitar una cesárea-ella misma la autorizó para su parto-. La comadrona Anna Manubens manifiesta que no queda registrada al no contemplarse como una técnica de extracción de bebés. Las comadronas entrevistadas para este estudio manifiestan su disconformidad a ejecutarla.

Otras prácticas como el rasurado del vello púbico o la administración de enemas, no están siempre justificadas, las inducciones no deberían superar el 10%, y no se recomienda colocar a la embarazada en posición de litotomía (OMS,1985).

Son datos de las intervenciones en la sala de partos que no informan del daño emocional que pueda haber sufrido las mujeres, no cuantificable y que suele quedar silenciado.

## 7. Análisis etnográfico. Resultados

Para empezar, se observa en la opinión de las entrevistadas la normalización de lo que sucede en el parto. Coincidiendo con Sadler (2004) muchas de ellas no rebatían el conocimiento médico autorizado por entender que es el adecuado para enfrentar el momento del parto:

“Jo puc opinar, però el que sap és el metge, i al final, confies en ell” (Laura) . “Jo confiava en el meu metge, li vaig dir que si devia fer alguna cosa, hi confiava” (Gemma)

“No sé si te ajudaré mucho, mi parto fue maravilloso; yo sabía que tenía números para cesárea por mi esclerosis. La comadrona se tuvo que poner encima porque la niña no había bajado del todo, y se puso encima mío como si fuera un caballo, me hizo mucho daño” (Montse L). Esta informante desconocía que se le practicaba una maniobra de Kristeller. Como sostiene Sadler (2004), la mujer supedita sus deseos e interioriza que la norma impuesta por el modelo médico hegemónico es la más adecuada para afrontar el momento del parto, participando involuntariamente de esta dominación institucionalizada.

F. Fernández (2015) argumenta que nuestro sistema es heredero de un modelo profundamente misógino, autoritario y muy jerarquizado, que da cobertura a una serie de actos que quedan en la sombra gracias a la normalización de ciertos comportamientos. Las prácticas ejercidas sobre el cuerpo de las mujeres son aceptadas como fruto de una enculturación determinada, delegando paulatinamente la responsabilidad de un acto fisiológico natural en manos del personal sanitario, que parece haber normalizado asimismo que la violencia ejercida en el momento del parto se justifica por el solo hecho y como consecuencia de ser madre (Iglesias, S. et al., 2019).

Los sanitarios toman decisiones en base a un conocimiento autorizado que entra en conflicto con otros saberes, anulando el poder de decisión de la mujer (Jordan, B., 1997). El doctor Cantallops conviene que “aunque la mamá proteste, la relación entre médico y

paciente no es horizontal porque entra en relación un tercero; el criterio médico prevalece”. Vicky tuvo ingresada a su hija en neonatos y defendió estar con ella, ante la negativa del personal sanitario por no disponer de una habitación adecuada, “¿Yo dónde duermo? ‘No, tú vienes en la sala de lactancia y te vas’. Mi marido se llevó la camilla (de fisioterapia) y dormí en la sala de lactancia durante una semana”. Separar a la madre de su recién nacido y negarles el contacto mutuo, es otra dimensión de la VO que la mayoría de las informantes han sufrido, al no tener la oportunidad del contacto piel-con-piel con sus bebés. Algunas se vieron privadas también de la compañía de sus parejas durante el parto.

### 7.1 El cuerpo, experiencias y sensaciones

Muchas de estas mujeres sienten sus cuerpos como propios porque su experiencia fenomenológica es única (Scheper-Hugues, N., & Lock, M.M., 1987) pero a la vez son conscientes que delegan lo que sucede en manos del médico, refiriendo incluso la idea de robo en aquellos partos programados e intervenidos, emergiendo la idea de cuerpo político como terreno donde el biopoder se ejerce mediante el control de los cuerpos (ibid., 7). La alienación del proceso es manifiesta en el momento en que el médico o la comadrona indican cuándo deben pujar o no, sin respetar el ritmo natural del proceso de cada mujer, y cuando sus cuerpos son objeto de intervención y medicalización sin que ellas puedan ser protagonistas del parto (Zamora, P.N., 2013), como sucede en el caso de rotura de membranas, cesáreas o partos programados e inducidos sustentados en la idea pesimista del parto vaginal, que aconseja intervenir por un eventual riesgo (Tempesta, G.A., & França, R.L.D., 2021). El doctor Cantallops admitía que, ante la sospecha de bienestar fetal, el ginecólogo puede recomendar una cesárea, “mi prioridad es mamá sana, bebé sano”. Se racionaliza de este modo el tiempo empleado en el parto, convertido en un proceso mercantil donde interesa obtener el producto -el bebé-, quedando como algo secundario las expectativas de la madre (Davis-Floyd, R., 1993):

“Hay una industrialización del parto, y al final del proceso hay un bebé” (Marta Busquets).

“El médico iba hablando de sus cosas, mi marido le seguía el rollo y yo me sentía como una cosa, como si no estuviera” (Nuri)

“Era como un trozo de carne, nadie me hacía caso. Me rompieron la bolsa, sin avisar [...] se me monta el tipo aquí encima (señala la barriga) y le hago ¡Zas! (le pegó al médico)” (María).

“Vull participar, i estava fora de joc, perquè no vaig tenir jo un part natural? perquè el metge no em va donar opció” (Teresa)

“Estuve muchas horas antes de la cesárea, ¿por qué esperaron tanto? yo podría haber parido, a lo mejor. Cambió la guardia y oí que había que hacer cesárea de emergencia, debía de ser rápido porque después había una operación urgente” (Patricia)

“Com que faltará poc perquè pareixis, et provocarem el part” (Roser)

“El metge va dir: farem part assistit, no sigui cas que et posis de part en un moment que pugui haver sortit de festa, que hagi pogut beure (castanyada). Em van prendre el posar-me de part” (Anna)

Algunas no reconocían que sus partos habían sido violentos, aunque sí identificaban momentos de su experiencia compatibles con el maltrato o la falta de sensibilidad y delicadeza por parte de los sanitarios, como destaca la comadrona Anna Manubens:

“A la senyora li diuen que li faran una cesària quan encara és amb les cames obertes, sense tapar... Baixa-li les cames, tapa-la i després li expliques. També destapar-la perquè li han de fer un tacte i la deixes despullada”

## 7.2 Relaciones de poder. Interseccionalidades

Tempesta y França (2021) exponen que la VO afecta diferencialmente a mujeres de diferente origen étnico. En este estudio es patente que elementos como la clase social, nivel educativo y sesgo por edad interseccionan en el género, añadiendo mayor discriminación. Esta intersección produce una infantilización de la gestante minimizando las prácticas ejercidas, restándoles importancia, como el caso de Esther, cuyo obstetra le dijo tras una episiotomía en la que suturó siete puntos, “te voy a cortar un poquito...te estoy haciendo un bordado que no se te va a notar nada de nada”.

Las mujeres relatan un lenguaje paternalista o autoritario que les despoja de su autonomía e intelectualidad. A la violencia estructural que sustenta estos comportamientos, se añade la violencia verbal:

“Alguna vegada he sentit dir ‘vinga, va, que no és per tant’” (Sandra, comadrona).

“No me lo dijeron, pero la sensación era ‘¿por qué te quejas?’ (María)

“Cuando yo me quejaba el médico me decía que tenía que hacer lo que él dijera, así, con ese genio... porque decía que en esos momentos el niño era suyo” (Carmen)

“Mi primer parto fue cesárea, era agosto y el médico tenía ganas de vacaciones” (Rosa)



“La llevadora em diu que torni demà. [...] a les 12 de la nit truco i diu ‘a veure nena, no t’he dit que truquessis a les 9 del matí? a veure si encara em donaràs la nit del lloro. Vaig passar tota la nit amb molt dolor, i a les 9 arribo a la clínica i diu ‘bueno, ja tenim aquí la que no para de trucar’” (Carme)

“Jo li deia coses, li preguntava i el metge diu a les infermeres ‘ui, aquesta ha llegit massa’” (Teresa)

“Con 22 años no me enteraba de nada. Vienen unos estudiantes, no había jefe médico y empiezan a tocar todos. ¡Por favor, dije, que toque uno y que informe a los demás!” (Paqui)

La relación asimétrica de poder se advierte también entre profesionales, donde el saber del obstetra entra en conflicto con el de las comadronas. Estas han recuperado su lugar en el proceso de parto que les había sido negado, ejerciendo una importante labor de acompañamiento, pero sigue produciéndose una separación de poder que inunda el espacio físico del paritorio y de las prácticas que se llevan a cabo, y que según J. Arnau et al. (2012), tiene origen en la representación ideológica sobre qué es un parto normal, natural y humanizado en ambos casos, y que puede determinar las competencias de cada profesional:

“S’acaba fent el que diu el metge, a posteriori es parla, però allò ja està fet” (Sandra, comadrona).

“Nosaltres fem el treball previ, l’expulsiu al nostre hospital ho fa la ginecòloga, no té cap sentit, no és lògic. Al final un altre agafa la criatura, és com raro, no? Elles (ginecòlogas) tampoc ho acaben de passar bé. En cas de disparitat, preval l’opinió del metge, però ara ens sentim més escoltades” (Anna, comadrona).

Sadler (2004) manifiesta que hay un sesgo de clase social cuando la información proporcionada, bastante técnica, no llega a ser comprendida por todas las mujeres, vulnerándose de este modo su derecho a decidir sobre el proceso de parto. La mayoría de las mujeres entrevistadas de entre 47 y 63 años no recibieron información de sus médicos, como Cristina, “nadie te dice nada, con el segundo vas prevenida”. Las mujeres más jóvenes suelen informarse a través de fóruns, publicaciones relativas al parto, talleres o asociaciones. Marta Busquets exponía que el perfil de mujeres que se acercan a Dona Llum está delimitado a europeas, blancas, con nivel socioeconómico y estudios alto, con recursos e iniciativa para informarse.



### 7.3 Expectativas y realidad

El plan de parto que recoge las preferencias de la gestante haciéndola participe del proceso, origina controversia entre los profesionales. En opinión del doctor Cantallops no debería existir, argumentando que “es una ofensa a la inteligencia de la madre, porque sus preferencias se pueden expresar en cualquier momento”, aunque conviene que existe porque “se ha hecho tan mal durante tanto tiempo que ahora se hace necesario”, aceptando que es un documento que empodera a la mujer. La comadrona Virginia Perfontal es del mismo parecer, porque ella siempre pregunta a la gestante por sus expectativas, no es importante si no lo traen puesto que intenta mantener una comunicación fluida. La comadrona Sandra Giménez opina que es un documento clave, muy común en Londres donde ejerció su profesión, y no tanto en España.

Hay mujeres que consiguieron el parto según sus deseos, como Gisela, que después de informarse exhaustivamente dio a luz en un hospital público y tuvo el parto fisiológico que deseaba. Otras, a pesar de haberse informado y expresado en sus planes de parto cómo querían que se desarrollara el momento, los hechos sucedieron de distinta forma. Solo tuvieron plan de parto cinco, tres de ellas tuvieron un parto de acorde a sus preferencias, y en dos de ellas no se cumplió. Según Serena Brigidi, hay una idealización de obtener un parto perfecto, fruto de la cultura y el mandato de género. Patricia se había imaginado “un parto ideal, con música... me hice una idea más bonita”. A excepción de Gisela, y de las que tuvieron parto domiciliario, al resto se les ejerció alguna práctica invasiva apenas sin información ni consentimiento previo (Tabla 1). A las mujeres más jóvenes (32-40 años) se les pidió consentimiento para realizar alguna intervención, aunque intuyen que la pregunta se realizó con clara intencionalidad:

“Em van trencar la bossa en els dos parts, sí, em van preguntar però la pregunta estava enfocada a que jo digués que sí” (Gemma).

“Dues llevadores que semblaven el poli bo i el dolent. Una em diu que podria anar a casa i tornar. L'altra diu: 'Si quieres, te rompo la bolsa e inducimos el parto'. Vaig pensar que ok, que me la trenquin” (Núria)

### 7.4 Empoderamiento

Este concepto es otro punto de interés para el análisis; las experiencias de Isa, Fra y Noèlia, que parieron en casa, refieren por un lado a un sentimiento de poder, por haber cumplido con sus expectativas, y de sororidad por otro, conectando su experiencia con la de otras mujeres:

“Em va ajudar molt pensar en tantes dones que parien al mateix temps [...] em vaig tornar com molt feminista, i de pensar què potent és el meu cos, se’m van obrir els ulls, realment. Després de connectar amb totes les dones, vaig connectar amb totes les hembres...[...] i em sento com una lleona, forta, forta. Vaig pensar que els sorolls que estava fent de lleó... com d’estar en trance” (Fra)

Isa parió a sus tres hijos en casa, convencida que no quería medicalizar sus partos. Fra deseaba un parto fisiológico en su primer embarazo, pero el médico desoyó sus deseos expresados en su plan de parto: “volia poca llum, poc soroll... em va dir a mi no em portis res, que no m’ho llegiré, a mi les teves xorrades...” Tuvo que defenderse de una maniobra de Kristeller, de una episiotomía y de que le administraran anestesia: “ja veuràs com d’aquí a tres hores ploraràs i jo no hi seré (el anestesista) [...] la llevadora em va fer la maniobra de Kristeller, li vaig dir que no m’ho tornés a fer i ni cas. Va tornar a apretar i li vaig fer...Pam! jo no veia bé i vaig notar que li pegava fort a la barbata”.

Haber sufrido VO la animó a parir su segundo hijo en casa asistida por una comadrona; en palabras de Menéndez (2003), inició un itinerario terapéutico que pudiera satisfacer sus necesidades físicas y emocionales, observándose, no obstante, una articulación entre diversas formas de atención, ya que las comadronas que asisten domiciliariamente se sirven de instrumentos propios de la biomedicina, como las ecografías de control. Su experiencia es coincidente con la de María, quien deseaba tener su primer hijo de forma natural, pero se sintió coaccionada para instrumentalizar el parto: “...me hicieron la maniobra de Hamilton [...] venía un ginecólogo y me preguntaba (otra vez): ‘¿te ponemos la epidural?’ yo decía que no. Hasta que me dicen ‘si no te la ponemos ahora, ya no te la podremos poner’.

Noèlia decide parir en casa de forma inusual, por un tatuaje en la espalda que le impedía usar epidural. Aunque no era su primera opción cuando se quedó embarazada, se informa a través de fóruns y relata sus dos partos como muy satisfactorios y respetuosos “amb les meves coses, acabar de parir i estar amb el bebè”, y explica que la voluntad de ser diferente, de ir contracorriente fue un plus en su decisión. Esta modalidad de parto no cuenta con el beneplácito del entorno más inmediato ni del sanitario:

“.. em diuen que m’han de programar una cesària als 8 mesos. Jo vaig dir que pariria a casa i que el bebè sortirà quan vulgui, ‘No, això no està bé, tu estàs boja...’ em va acusar de voler matar el meu bebè” (Fra).

“Els pares tenien por, l'àvia no, ella va parir a casa. Poden dir el que pensen, però és la meva vida” (Noèlia).

Confiar que el cuerpo es capaz de parir sin intervención supone, según Fornes (2009), un renacimiento, un ejercicio de autonomía y poder que cuestiona la normalización del sistema biomédico, un modo en que el cuerpo individual ejerce resistencia (Scheper-Hughes, N., & Lock, M. M., 1987).

En el deseo de ser dueñas de su cuerpo subyace una ideología en sintonía con la naturaleza próxima al ecofeminismo, que nace como respuesta a la apropiación masculina de la reproducción y mercantilización de la sexualidad femenina (Arbués, E.R., & López, E.A., 2009). Es un proceso que según Fra, no acaba con el parto, sino que continúa con una alimentación natural y ecológica, la lactancia y el colecho. No obstante, es controvertido el análisis de Fornes (2009) cuando sostiene que el parto domiciliario reproduce de nuevo las relaciones de género, porque restringe al ámbito privado del hogar los derechos de las mujeres, que debieran ser públicos y amparados por el sistema legal de salud.

### 7.5 Dolor y culpa

Otro concepto recurrente en los relatos es el miedo al dolor, que en la cultura occidental proviene de la noción judeocristiana del castigo divino, “*parirás con dolor*” (Zamora, P.N., 2013), que conduce a la culpa, donde el trato recibido y las prácticas intervencionistas realizadas tienen parte de su fundamento. El dolor es una experiencia subjetiva pero impregnada de la cultura y educación recibida, de manera que todas las sociedades lo conceptualizan y lo legitiman de un modo determinado, indicando su límite adecuado (D. Le Breton, 1999). Es difícil medirlo objetivamente, por lo que la mujer debe demostrar su experiencia de dolor (Sadler, M., 2013). Montse notaba dolor y reclamó más anestesia en su segundo parto: “l’anestesia diu ‘home, he pensat que com és el segon, aniríem més ràpids’, i el metge li va dir ‘posa-li més’ a lo millor, si no hagués sigut amiga de X no m’haguessin posat més”.

El primer parto de Patricia cursó con una cesárea de urgencia, relatando su experiencia como muy dolorosa, sufriendo posteriormente un estrés postraumático: “me enteré de toda la cesárea, noté dolor y chillaba, me decían que no hiciera fuerza porque no me podrían sacar al niño. Me pincharon algo y me quedé dormida. Cuando despierto oí que un chico dice a las enfermeras ‘¿ya le habéis dicho que está muerto?’ es la primera frase que escuché. Me dijeron ‘no, no eres tú, es otra’”. El recuerdo de aquel dolor le provocó

mucho miedo en su segundo parto, también por cesárea emergente, “pasé mucho miedo, me convertí en una niña pequeña en ese momento. Creo que mi cuerpo tenía la memoria del dolor de la primera cesárea, porque lo notaba mucho”. En su experiencia coexiste el miedo físico y el sufrimiento por la vivencia traumática del proceso, que como sostiene Bayés (citado en Zamora, P.N., 2013:353), se concibe por la sensación de amenaza e impotencia que experimentó.

Cardús (2015) expone que el miedo al parto está normalizado, aunque se vive de modo diferente según el contexto cultural. En Brasil y México las mujeres han interiorizado que la cesárea es la forma de evitar el dolor inherente al parto, practicándose especialmente en la medicina privada y alentada por los propios profesionales (Da Rocha, R. et al., 2011; Menéndez, E., 2003). Según la experiencia profesional del doctor Cantallops, a la mayoría de las mujeres que provienen de Latinoamérica que han normalizado el parto por cesárea, se les intenta reconducir hacia un parto vaginal.

El dolor para la biomedicina es señal de anomalía que debe evitarse y tratarse, pero para las comadronas, especialmente las que atienden partos domiciliarios es significativo de la fase en la que se encuentra la mujer (Zamora, P.N., 2013), y suelen aconsejar técnicas alternativas como masajes, calor local, una postura erguida durante el trabajo de parto y la deambulación, recomendada por la OMS (2015) por considerar que reduce las cesáreas. Nuri quiso esperar a ponerse epidural para ver hasta dónde aguantaba el dolor, “¿verdad que antes íbamos de Barcelona a Madrid en burro y tardábamos días, y ahora te vas en avión?”, en una clara referencia a la medicina ligada a la idea de progreso en contraposición al atraso que supone prescindir de la anestesia.

Aquellas que relacionaron el parto como algo doloroso, optaron por solicitar anestesia, como Gemma o Laura, “no hagués aguantat un part natural”. Según la comadrona Sandra Giménez, el dolor quedaba en segundo plano para aquellas mujeres que se habían informado previamente, porque lo valoraban y querían experimentarlo, como Gisela, a la que se le administró óxido nitroso como alternativa a la epidural para sobrellevar el dolor. Otras, a pesar del miedo y el dolor, y de solicitar anestesia, no se les suministró, como a Carmen. Las que dieron a luz en sus domicilios iban concienciadas al dolor, aunque también albergaban expectativas de un parto rápido y fácil, como Noèlia, que afirma verse sorprendida por el dolor en su primer parto.

En ocasiones los profesionales argumentan la necesidad de someter a las gestantes a ciertas prácticas con la amenaza de un riesgo potencial, es lo que desde el activismo se conoce como “enseñar la carta del niño muerto” (Cardús i Font, L., 2015), una forma de violencia simbólica que obliga a decidir en base al miedo.

Sentirse responsables de lo que le suceda al bebé origina, según Sadler (2004) un sentimiento de culpa que solo se redime si la mujer acata las normas, como María, “me dijo ‘te estoy intentando ayudar, si no te dejas, cosa tuya, iremos para una cesárea’”. Patricia decía después de la experiencia traumática de su primer parto “bueno, me ha tocado a mí, asumo que mira, me tocó. No soy buena para los partos”. En su caso, sentía haber frustrado las expectativas sociales en cuanto a cómo comportarse en el parto, sentimiento que se diluyó cuando compartió su vivencia con otras madres, observando que sus sensaciones eran coincidentes. Paqui sintió culpa cuando fue reprendida por la comadrona, “lo haces mal, ¡jadea!”.

#### 7.6 Visión desde la medicina

Para concluir, la tendencia según los profesionales entrevistados y de los interlocutores de la ponencia de l’Hospital Germans Trias i Pujol<sup>3</sup> (2021), es conseguir un parto más humanizado, para lo que deben mejorarse ciertos aspectos fundamentales en la atención a las gestantes. El doctor Cantallops, las doctoras Lorente y Martínez y las comadronas entrevistadas observan que el principal error es no informar correctamente a las mujeres, en calidad y cantidad, siendo crucial una comunicación y acompañamiento respetuosos. La doctora Martínez expresa que una gestante no es una paciente, no está enferma: “les dones podem parir soles, però si ens acompanyen bé, millor, et sents segura”. Las comadronas recalcan la importante labor de acompañar a la gestante para que se sienta comprendida y apoyada, como dice Virginia Perfontal, ya que el trabajo de parto es muy emocional.

La doctora Lorente se muestra proclive a reconstruir la confianza que se ha deteriorado entre médico y gestante, y ofrecerle la posibilidad de elegir en base a la Ley de Autonomía del Paciente, en lugar de obrar por el *principio de beneficencia*, por el que se actúa por el *bien* de la paciente, apuntando la importancia de cuidar la salud mental de la mujer y actuar según sus deseos: “jo sé que potser és pitjor si no te la fas (episiotomía), però si la pacient diu que no, no és no en tots els àmbits”. Además, todos coinciden en que se debe

---

<sup>3</sup> La doctora Molero propuso el neologismo *buentrato*, signo de empatía y respeto.

mejorar la atención de los residentes hacia las parturientas, actuar con más respeto, presentándose y pidiendo su consentimiento para realizar pruebas o exploraciones.

Todos sostienen que un parto respetado puede suceder con alguna intervención; como dice la comadrona Marifé Estébanez, una episiotomía o una cesárea bien indicada forman parte del día a día de la buena praxis hospitalaria.

Consideran que el futuro hacia un parto más humanizado puede residir en casas de nacimiento o centros de nacimiento ubicados en hospitales. Sin embargo, la doctora Lorente defiende poder ofrecer un parto respetado en ambiente medicalizado, empezando por un acompañamiento y un proceso de escucha activa que favorezca una óptima atención al parto, mejorando la arquitectura de los hospitales públicos para equipararla a la de los centros de nacimiento, mucho más amable.

En definitiva, estos profesionales son sensibles a la importancia de erradicar la VO. Es un término que les incomoda y expresan su preocupación ante lo que llaman medicina defensiva -miedo a ser denunciados por mala praxis-, pero su existencia es innegable a la luz de los testimonios. Como expresa Serena Brigidi, es necesario entender cómo la VO está vinculada a un discurso estructural y de género que reproduce esquemas y que tiene que ver con el rol de la mujer dentro de la sociedad.

## 8. Conclusiones

Aunque las experiencias referenciadas son únicas, hay fenómenos coincidentes relacionados con momentos vividos durante el parto, principalmente, la normalización de la violencia institucionalizada ejercida sobre el cuerpo de las informantes por parte del personal sanitario. Tras analizar los testimonios, se cumplen las hipótesis de partida para este trabajo. Esto es, la mujer solo recupera el control y se empodera cuando, ejerciendo su derecho, se resiste a la colonización de su cuerpo exigiendo recuperar el protagonismo de su experiencia, en ocasiones de forma violenta para sortear alguna práctica no deseada, o bien decidiendo parir fuera del ámbito hospitalario para evitar ser violentada. Existe un deseo generalizado de superar la abnegación atribuida a las mujeres por razón de género que las hacía sufridoras silenciosas del proceso de parir, y exigen ser sujetos de derecho; reivindican poder experimentar sensaciones que la biomedicina ha evitado mediante la medicalización y patologización del proceso de parto. Además, gracias a las asociaciones, no viven sus procesos en soledad, sino que comparten dudas y temores, informándose de los recursos legales para denunciar los casos de VO, o queriendo prevenirla.

Conviene subrayar que no se trata de demonizar la práctica médica, puesto que un parto instrumentado puede salvar la vida de la madre y del bebé, sino de ofrecer a cada mujer la oportunidad de vivir su parto según sus deseos, informándole y consensuando toda práctica que se le pueda ejercer. Si bien es cierto que hay una cierta romantización hacia un parto perfecto, es una expectativa muy válida que no debería ser menoscabada por el poder médico.

En conclusión, se necesita un cambio del paradigma asistencial que cuestione la jerarquía del conocimiento autorizado que excluye otros saberes, admitiendo que el sesgo de género es fruto de una cultura patriarcal que ha devaluado el rol social de las mujeres, y la consecuencia de su desigualdad en diversos ámbitos de la vida, incluido el de la medicina. Asimismo, ofrecer la posibilidad de descentralizar el parto, informar, acompañar y escuchar empáticamente, es esencial para conseguir un parto más humanizado y una atención holística del proceso reproductivo de la mujer que tenga en cuenta su dimensión emocional. Son aspectos en los que la obstetricia está avanzando, pero de forma desigual. No obstante, la predisposición observada de muchos profesionales a erradicar la VO podría ser útil para futuras aproximaciones al fenómeno, incorporando su visión, sin perder de vista la importancia de dar voz a las mujeres que han sufrido VO para conseguir a través de sus testimonios un cambio social que favorezca su desaparición.

## 9. Bibliografía

Arbués, E. R., & López, E. A. (2009). Pautas alternativas de tratamiento del dolor en el parto de bajo riesgo. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, (41), 6.

Arnau Sánchez, José & Martínez Roche, M<sup>a</sup> Emilia, & Nicolás Viguera, M.<sup>a</sup> Dolores, & Bas Peña, Encarnación, & Morales López, Rosario, & Álvarez Munárriz, Luís (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225-247. [fecha de Consulta 14 de enero de 2022]. ISSN: 1695-9752. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62323322005>

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

Blázquez Rodríguez, M. Isabel (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, nº 42. ISSN-e 1578-9705.

Cardús i Font, L. (2015). Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología. *Dilemata*, (18), 129-145



Da Rocha Pereira, R., Franco, S. C., & Baldin, N. E. (2011). Dolor y Protagonismo de la Mujer en el Parto. *Rev Bras Anesthesiol*, 61(3), 204-210.

Davis-Floyd, R. (1993). The technocratic model of birth. *Childbirth: Changing Ideas and Practices in Britain and America 1600 to the Present*, 247-276.

Dona Llum (2019). Mirades a la violència obstétrica. Editorial Pol·len.

Esteban Galarza, ML (2004). Antropología encarnada. Antropología desde una misma. *Papeles del CEIC, International Journal on Collective Identity Research*, (12) 1.

Fernández Guillén, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, (18), 113-128.

Fornes, V. L. (2009). Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. In *Actas 1º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género*. Universidad Nacional de Córdoba.

Foucault, M. (1976). “Del poder de soberanía al poder sobre la vida”, en *Genealogía del racismo*. Madrid, La Piqueta, 1992. Pp. 247-273

---- (1990). *La vida de los hombres infames*, trad. Julia Varela y Fernando Álvarez, Madrid. La Piqueta.

García Jordá, D., & Díaz Bernal, Z. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista cubana de salud pública*, 36, 330-336.

Iglesias, Susana et al. (2019): ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Revista MUSAS Vol. 4 Núm.1*.

Jordan, B. (1997). Authoritative knowledge and its construction. *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*, 55-79.

Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Seix Barral.

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» núm. 274, de 15/11/2002.

Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista.

Menéndez, Eduardo L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva* [en línea]. 2003, 8(1), 185-207 [consulta 4 de marzo de 2022]. ISSN: 1413-8123. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042995014>



Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit hospitalari. Dades 2014. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015.

Observatorio de la Violencia Obstétrica (2016). El parto es nuestro.

OMS, Recomendaciones sobre el Nacimiento. Declaración de Fortaleza (1985) y Recomendaciones para la Atención Intraparto (1999).

---- (2014) Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud.

---- (2015) Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto.

Recio Alcaide, A. (2015). La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. *Dilemata*, (18), 13-26.

Sadler, Michelle, (2004) “Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto”. En Sadler, Acuña y Obach. Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Catalonia, 2004, Santiago de Chile, pp. 15-66.

---- (2013) “Una aproximación a la antropología de la reproducción”. En Mackenna, Antonio (ed.), Reproducción Humana e Infertilidad. Santiago: Publicaciones Mediterráneo, pp. 19-25

Scheper-Hughes, N., & Lock, M. M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical anthropology quarterly*, 1(1), 6-41.

Sistema de Información y Registro de Atención Especializada (SIAE-RAE). Serie de informes. Monográficos: “Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018”. Ministerio de Sanidad. 2021.

Tempesta, G. A., & França, R. L. D. (2021). Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. *Horizontes Antropológicos*, 27, 257-290.

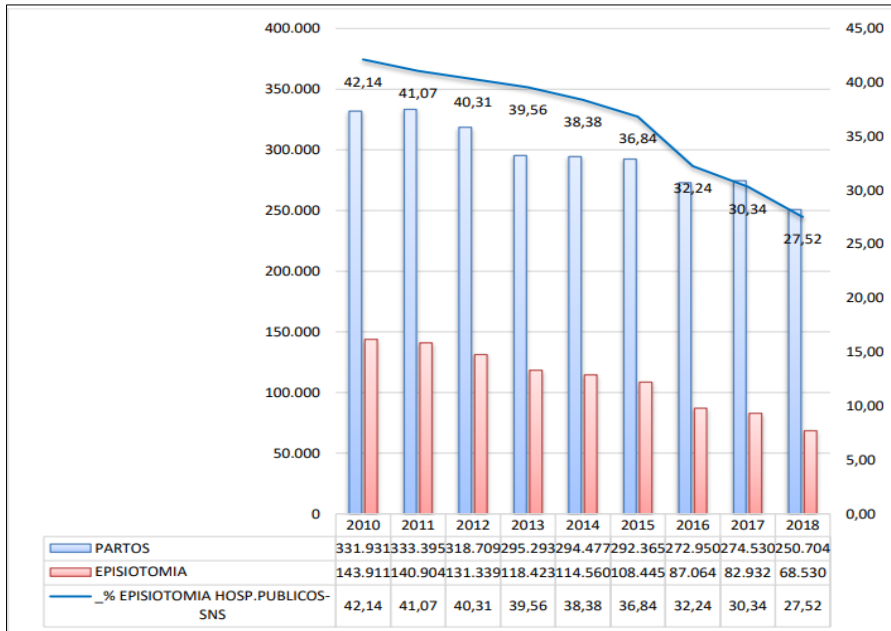
Vivas, E. (2020). *Mamá desobediente. Una mirada feminista a la maternidad*. Capitán Seing Libros, S.L.

Zamora, P. N. (2013) Narrativas sobre los dolores del parto: discursos biomédicos y experiencias. En *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*, 11, 341. Àngel Martínez-Hernández, Lina Masana, Susan M. Digiacomo eds.

## 10. Anexos (1) Figuras 1, 2 y 3.



**Figura 1.** Número de partos, partos por cesáreas y porcentaje de cesáreas según dependencia del hospital (público-SNS, privado) 2010-2018. Fuente: Ministerio de Sanidad.



**Figura 2.** Episiotomías en partos vaginales. Años 2010-2018. Fuente: Ministerio de Sanidad.

Nivell	Centre	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	H. U. Germans Trias i Pujol de Badalona	27,5	25,2	27,0	27,2	26,9	27,4
	Hospital Clínic	23,5	24,9	28,1	28,4	29,7	29,5
	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	23,3	24,6	24,4	22,7	25,4	22,8
	Hospital Universitari Vall d'Hebron	23,3	21,8	24,7	24,7	25,5	27,1
2	Hospital U. Arnau de Vilanova de Lleida	21,0	22,2	24,9	23,6	19,4	20,1
	Hospital Univ. Joan XXIII de Tarragona	27,8	26,6	24,9	26,9	23,7	26,4
	Hospital U Doctor Josep Trueta de Girona	22,6	25,1	23,1	21,9	23,1	22,4
	Hospital Mútua de Terrassa	18,4	19,3	22,6	24,6	24,7	21,8
	Hospital de Sabadell	20,6	17,5	19,2	19,2	21,7	19,7
	Hospital del Mar (Parc Salut Mar)	26,3	24,2	25,0	23,9	23,3	22,6
	Hospital Universitari Sagrat Cor	49,6	47,5	50,5	41,4	-	-
	Hospital General de Catalunya	34,6	34,3	32,2	35,4	35,0	38,3
3	Hospital Verge de la Cinta de Tortosa	25,1	25,0	26,6	29,0	27,4	30,0
	Centre Hospitalari (Althaia)	18,9	19,2	20,1	19,0	19,4	17,8
	Hospital de Terrassa	14,5	14,1	12,9	12,8	12,1	14,4
	Hospital General de Vic	19,8	20,5	20,2	20,8	24,0	20,5
	Hospital General de Granollers	21,7	20,9	21,3	23,0	24,1	22,4
	Fundació Hospital Residència Sant Camil	20,9	19,3	18,7	21,4	22,6	20,3
	Hospital Universitari Sant Joan de Reus	21,6	18,7	20,2	19,6	20,0	20,2
	Hospital d'Igualada del CSA	14,4	13,4	16,6	15,6	14,7	16,3
	Hospital de Mataró	19,2	21,2	24,1	22,9	21,1	21,2
	CSI H. de l'Hospitalet-H. Moisès Broggi	16,9	18,2	19,9	18,0	20,0	16,4

**Figura 3.** Cesáreas. Evolución hospitalares SISCAT, 2009-2014 (Niveles 1 a 3). Fuente: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2015.

## 11. Anexos (2) Tabla 1

Nombre	Cesárea	Oxitocina	Kristeller	Hamilton	Episiotomía	Epidural	Anestesia total	Enema	Rotura bolsa	Rasurado	Tipo Hospital
Carmen, 59 años		X									Público
Gisela, 33 años						Óxido nítrico					Público
Isa, 49 años	--	--	--		--	--	--	--	--	--	Domicilio
Montse L, 62 años	X		X								Privado
Vicky, 55 años		X			X				X		Público
Cristina, 47 años					X	X			X		Público
Paquí, 59 años		X			X	X		X	X	X	Público
Rosa, 61 años	X	X						X	X	X	Privado
Laura, 32 años		X			X	X					Público
Gemma, 32 años		X			X	X			X	X	Privado
Núria, 34 años		X			X	X			X		Privado
Nuri, 62 años		X	X		X	X		X	X		Privado
Patricia, 40 años	X					X	X				Público
María, 42 años		X	X	X	X	X		X		X	Público
Era, 39 años	--	--	X		--	--	--	--	--	--	Público+domicilio
Montse, 62 años		X			X	X					Privado
Carme, 61 años		X	X		X	X	X	X			Privado
Teresa, 59 años	X	X				X	X				Privado
Anna, 62 años		X			X	X			X		Privado
Roser, 63 años	X					X	X				Privado
Noèlia, 41 años	--	--	--		--	--	--	--	--	--	Domicilio
Esther, 57 años					X	X			X		Privado+público

**Tabla 1.** Prácticas ejercidas en los partos de las informantes. Fuente: elaboración propia.

## 12. Glosario

**Amniorexis, o rotura de la bolsa de las aguas.** Puede ser espontánea o artificial (cuando la rompen). La OMS dice que no está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.

**Cesárea.** Nacimiento de un bebé a través de una incisión quirúrgica en el abdomen y el útero materno.

**Epidural.** En el parto, la analgesia epidural se utiliza como método de alivio del dolor de las contracciones. Es una técnica invasiva porque para ponerla es necesario acceder al espacio epidural, entre las vértebras lumbares, y colocar un catéter a través del cual se irá introduciendo poco a poco y de forma continua la medicación.

**Episiotomía.** Procedimiento quirúrgico que comprende el corte del perineo (piel y músculos entre la vagina y el ano) durante el trabajo de parto para agrandar el canal vaginal. Este procedimiento se realiza con tijeras o con un bisturí y requiere sutura después.

**Hamilton, maniobra de.** Consiste en separar las membranas fetales mediante tacto vaginal.

**Kristeller, maniobra de.** Conocida también como *expressio fetus*. Se trata de la presión sobre el fondo uterino para aumentar la presión abdominal durante el expulsivo, bien con una mano, dos o el antebrazo, juntamente con la contracción y en dirección a la pelvis materna, con el fin de acortar la duración del mismo y ayudar en la salida del bebé. Puede decirse que es una maniobra *invisible*: no se suele informar a la mujer ni solicitar su consentimiento antes de practicársele. Tampoco se enseña a las matronas en los programas de estudio, sino que se aprende por “tradición oral”, y no es habitual que se refleje en el historial clínico.

**Litotomía.** La sociedad en general ha asumido la idea de que las mujeres de parto no han de moverse y deben estar tumbadas boca arriba para parir; es, sin duda, la peor posición para un parto normal.

**Oxitocina.** Se utiliza tanto para inducir como para acelerar los partos, aunque los últimos estudios científicos al respecto han evidenciado que no acorta la duración total del parto de forma significativa, pues en promedio, tan solo lo acorta una hora aproximadamente.

**Parto humanizado.** No es incompatible con la instrumentalización e intervención de este. No se contempla como un proceso solamente biológico y orgánico, sino que se tiene en cuenta todo lo que pueda satisfacer a la mujer para que su experiencia sea gratificante y positiva, respetando su individualidad y permitiendo un ajuste de la asistencia a su cultura, creencias, valores y expectativas.

**Parto instrumentalizado.** Hacer uso de elementos externos para sacar al bebé del canal del parto. Estos elementos tienen una forma y función diferente, según el caso. El más antiguo es el fórceps, pero actualmente también se utilizan las espátulas y la ventosa.

**Parto natural.** Aquel en que se respetan los tiempos normales de la mujer. No se realizan intervenciones innecesarias ni se aplican protocolos rutinarios por sistema.

**Parto normal.** Proceso fisiológico único con inicio espontáneo con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Se desarrolla y termina sin complicaciones y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo. (Federación de Asociaciones de Matronas de España).

**Plan de parto.** Documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso de parto y el nacimiento.

**Tacto vaginal.** Según la OMS, esta es una de las acciones diagnósticas esenciales en el reconocimiento del comienzo y progreso del parto. El número de exámenes vaginales se debe limitar al estrictamente necesario: durante la fase de dilatación, generalmente una vez cada cuatro horas es suficiente.

Información obtenida de:

Arnau Sánchez, José & Martínez Roche, M<sup>a</sup> Emilia, & Nicolás Viguera, M.<sup>a</sup> Dolores, & Bas Peña, Encarnación, & Morales López, Rosario, & Álvarez Munárriz, Luís (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado.

El Parto es Nuestro.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.