

## EL PERSONAL SANITARIO FRENTE A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA. UNA PRIMERA APROXIMACIÓN PARA EL DEBATE<sup>1</sup>

## THE HEALTH PERSONNEL IN THE FACE OF OBSTETRIC VIOLENCE. A FIRST APPROXIMATION TO THE DISCUSSION

María Cordones Carmona<sup>1</sup>

*Graduada en Trabajo Social, Universidad de Jaén - España*  
mcc00142@red.ujaen.es

María Belén Blázquez Vilaplana<sup>2</sup>

*Profesora Titular del Área de Ciencia Política y de la Administración, Universidad de Jaén - España*  
bblazquez@ujaen.es

**Resumen:** Normalizar, naturalizar o silenciar la violencia que las mujeres sufren durante el embarazo, el parto y el puerperio es tanto una práctica y conducta común en muchas sociedades como un espacio de reivindicación. La conocida como violencia obstétrica, a pesar de ser reconocida como tal por distintos organismos internacionales, sigue siendo una práctica negada y, desgraciadamente, realizada con asiduidad. La misma, lejos de convertir el parto en una experiencia positiva, tiene consecuencias negativas para la mujer a corto, medio e incluso a largo plazo, tanto en el plano físico como en el psicológico y emocional. El objetivo de este trabajo es exponer algunos de los resultados de una investigación que venimos realizando en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Jaén. En ella, analizamos el conocimiento del personal sanitario acerca de la violencia obstétrica y de los distintos protocolos existentes en relación al proceso del embarazo y del parto. A través de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, se indaga sobre la identificación – o no – que este personal tiene acerca de estas prácticas. Saber qué saben y cómo actúan es el primer paso para, por una parte, visibilizarla y, por otra, realizar propuestas que permitan su erradicación.

**Palabras clave:** Violencia obstétrica, Violencias, Personal sanitario, Salud Sexual y Reproductiva, Parto, Mujeres.

**Abstract:** Normalising, naturalising or silencing the violence that women suffer during pregnancy, childbirth and the puerperium period is both a common practice and behaviour in many societies, as well as a space for demands. What is known as obstetric violence, despite being recognised as such by different international organisations, continues to be a practice that is denied and, unfortunately, carried out assiduously. Far

---

Orcid<sup>1</sup>: 0000-0001-6395-9962

Orcid<sup>2</sup>: 0000-0003-0440-9113

Recibido: 15.09.2022

Aceptado: 26.10.2022

from turning childbirth into a positive experience, it has negative consequences for the woman in the short, medium and even long term, both physically, psychologically and emotionally. The aim of this paper is to present some of the results of a research project we have been carrying out at the Faculty of Social Work of the University of Jaen. In it, we analysed the knowledge of health personnel about obstetric violence and the different existing protocols in relation to the process of pregnancy and childbirth.

Through a questionnaire with open and closed questions, we inquired about the identification - or not - that these personnel have about these practices. Knowing what they know and how they act is the first step towards, on the one hand, making it visible and, on the other, making proposals to eradicate it

**Keywords:** Obstetric violence, Violences, Health personnel, Sexual and reproductive health, Birth, Women.

## 1. Introducción

“ A la mujer dijo: multiplicaré en gran manera tus dolores en tus embarazos; con dolor darás a luz los hijos...”

Génesis 3:16

Según recoge el Informe de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra las mujeres, sus causas y consecuencias, la violencia que se ejerce durante la atención del parto en los centros de salud y en otros servicios de salud reproductivos es un “fenómeno generalizado y sistemático” (ONU, 2019, p. 4) aunque deberíamos añadir que invisibilizado y desconocido. En este sentido, a pesar de algunas recomendaciones de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de cómo deben ser los partos para convertirse en una experiencia positiva (OMS, 2014; 2018) o del Parlamento Europeo (2021) donde reconoce su emergencia en los últimos años, siguen existiendo muchas reticencias para definir a algunas de las prácticas que reciben las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio como violencia (Goberna-Tricas y Boladeras, 2018). Ello, aunque estas sean percibidas como irrespetuosas, improcedentes o contrarias a los deseos de las madres y a que existen dictámenes, como el emitido por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) dependiente de Naciones Unidas, en contra del Estado español, por la violencia ejercida hacia una mujer durante su proceso de parto<sup>2</sup>, a quien le produjeron daños en su salud física y psicológica (ONU, 2022).

---

<sup>2</sup> El Comité publicó un dictamen tras la revisión de una denuncia presentada por una ciudadana española, N.A.E. que sufrió un trauma físico y psicológico duradero como consecuencia de sus experiencias durante el parto. Dicho Comité instó al gobierno español a que le proporcionase una reparación adecuada por los daños sufridos. Era la segunda vez que España era sancionada por un tema

Esta situación es consecuencia, entre otros factores, de la cultura patriarcal que aún impregna numerosos ámbitos de nuestras sociedades, la cual ha normalizado actuaciones en el área sanitaria sin pararse a reflexionar sobre si las mismas respetan los derechos de las madres – las usuarias – o, por el contrario, imponen las decisiones del equipo médico. Todo ello, además, guarda una estrecha relación con un aspecto que consideramos esencial a la hora de abordar esta violencia estructural e institucional: la poca atención que se le ha prestado en comparación con otros tipos de violencia hacia las mujeres (Rodríguez y Martínez, 2021; Margarita, 2018) que ha conllevado un silencio difícil de abordar. Somos conscientes de los debates y las controversias que provoca esta denominación y las dificultades que está encontrando este concepto para ser aceptado como tal dentro de algunas instancias (OMC, 2021; SEGO, 2021). Pero, así mismo, entendemos prioritario visibilizar y rescatar a este fenómeno que constituye una violación de los derechos de las mujeres y un claro ejemplo de discriminación de género (Llobera, Ferrer y Chela, 2019). Nombrar estas prácticas, como lo que son – violencia – permitirá formar a las personas que tengan que ocuparse de la salud desde y con una perspectiva de género. Del mismo modo, introducirlo en la agenda pública, como se ha hecho con otros tipos de violencias, permitirá romper con su naturalización y contribuirá a buscar propuestas de mejora en donde las mujeres dejen de ser un sujeto pasivo sobre sus propios cuerpos.

El objetivo principal del trabajo que se presenta es dar a conocer algunos de los resultados de una investigación realizada desde la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Jaén que busca verificar o refutar la invisibilidad de este tipo de violencia hacia las mujeres tanto entre el personal sanitario como entre las propias usuarias del servicio. Para ello, se propusieron en la investigación una serie de objetivos secundarios, a saber:

- Indagar sobre qué conocen sobre la violencia obstétrica el personal sanitario.
- Analizar el papel que pueden llegar a desempeñar en este proceso las y los trabajadores sociales.

Específicamente, la idea última de la propuesta era profundizar en el conocimiento que dicho personal tenía – o no- sobre este proceso; su consideración – o no- sobre si podía definirse como violencia de género en un sentido más amplio que el que recoge la actual normativa española (como ahora veremos) y en caso de entender que existen estas prácticas, cómo habían actuado. Ello, permitiría realizar un proyecto de intervención en dos campos: uno, el estrictamente profesional, con aquellos/a que ya

---

relacionado con la violencia obstétrica. Para mayor información véase: Jiménez Sánchez, C. (2021). La violencia obstétrica como violación de derechos humanos: el caso de S. F. M contra España. *Revista Deusto de Derechos Humanos*, 7, 157-178.

estuvieran trabajando en el ámbito sanitario y, dos, el formativo, a través de la inclusión en las Facultades de Trabajo Social de cursos y conocimientos sobre estos temas.

Hay que mencionar que además de estos dos objetivos, también existía un tercero que era el que se centraba en el conocimiento y las percepciones que sobre estas prácticas tenían las llamadas usuarias, es decir, aquellas mujeres que habían pasado por un embarazo o un parto y en sus experiencias.

Partíamos de la hipótesis de que la conocida como violencia obstétrica, es un tipo de violencia de género de acuerdo a las distintas definiciones recogidas en las normativas internacionales. La cual, a diferencia de otros tipos de violencias que sufren las mujeres, no ha recibido especial interés por parte de los poderes públicos y responde a una clara violación de los derechos humanos. Porque, aunque parezca obvio hay que recordar, como se hacía desde la propia organización de las Naciones Unidas (2014), que los derechos de las mujeres son derechos humanos (Facio y Victoria, 2017). Todo ello, sin dejar de lado la consideración de que la protección a la salud es, así mismo, también un derecho humano (Al Abid, et. al, 2017 y Belli, 2013).

Estas prácticas institucionales sanitarias analizadas eluden, en muchos casos, los protocolos establecidos (Jojoa et al., 2019) incidiendo negativamente sobre la autonomía de las mujeres y dando lugar a situaciones donde "se las trata de un modo paternalista y vejatorio" (García, 2018, p. 43).

En un momento donde las violencias han alcanzado un espacio "privilegiado" en las agendas públicas, consideramos que es primordial no solo visibilizar aquellas situaciones que han sido obviadas por considerarlas naturales y/o inocuas, sino también destacar qué conocen los y las profesionales que pueden evitar que las mismas se produzcan. Solo planteando protocolos de actuación y formación con perspectiva de género será posible avanzar hacia sociedades igualitarias donde se respeten los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

## 2. Marco teórico

### 2.1. ¿De qué estamos hablando?

La violencia obstétrica es una forma de violencia hacia las mujeres que implica la vulneración y violación de sus derechos, ejercida por los profesionales de la salud, durante el embarazo, el parto y el puerperio (OMS, 2018). Según Media (2009), entenderemos por violencia obstétrica:

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

deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. (p. 4)

Pero, además, es una violencia invisible la cual se produce dentro de hospitales, clínicas y centros de salud. La legitimación de los saberes médicos, en algunos casos, favorece a esta relación de poder y al desarrollo de dicha violencia. Ello, porque en la mayoría de los casos es impensable cuestionar, contradecir o dudar de las acciones del equipo médico y de los y las profesionales de la salud. Viendo estos/as los cuerpos de las mujeres como objetos a su disposición, en vez de como propiedad exclusiva de cada mujer. Lo cual, además, se ve acrecentado en relación al nivel socioeconómico de quienes lo sufren (Belli, 2013). Como expone Cecilia Canevari (2011):

Cuando una persona ingresa a un hospital público, simbólicamente pasa a ser un/a paciente. Pasa a ser un cuerpo que necesita cuidados y es medicado e intervenido. Pasa a ser un/a individuo/a al que se aparta de los vínculos sociales que lo sostienen. Pasa a subordinarse de manera obediente a las normas institucionales y a las/los profesionales que la asisten. Deja de tener autonomía sobre sí misma, sobre la posibilidad de tomar decisiones, porque los conocimientos no le pertenecen. Ya no puede retirarse sin la firma de un alta. Cuando una persona ingresa a un hospital público es enajenada. (p. 15)

La violencia obstétrica puede ser tanto física (prácticas invasivas y suministro de medicación no justificada por el estado de salud de la mujer o del/a bebé, cuando no se respetan tiempo ni las capacidades o posibilidades biológicas) como psíquica (trato deshumanizado, grosero, humillación, discriminación; así como también la omisión de información sobre la evolución, estado del/ hijo/a). Sus consecuencias y efectos pueden ir mucho más allá del nacimiento del bebé (Olza, 2014) dando lugar incluso a problemas en el momento de la lactancia o con la pareja.

Entre las actuaciones que se definirían dentro de esta violencia, Sadler (2004), explica la existencia de mecanismos de desautorización con respecto a la atención hospitalaria de partos. La autora los divide en seis categorías, entre ellas:

- Culpabilización: se les responsabiliza y son inculpadas de las dificultades que puedan producirse durante el proceso, acusando a las mujeres porque no cooperan durante el parto.
- Homogeneización: no consideran las diferencias individuales y socioculturales. Carecen de las preguntas de consentimiento ni opinión, tratándolas como sujetos pasivos del servicio.

- Contaminación: el personal determina cuándo la mujer está lista para comenzar el proceso, aunque ella exprese lo contrario. Por lo tanto, se le recuerda constantemente que no deben interferir en el trabajo de los/as profesionales.
- Patologización: modifican y transforman a la mujer en una paciente y enferma, llevando los casos de embarazos normales y sin riesgos como intervenciones complejas. Siendo el personal sanitario el que maneja la situación, no confiando en sus propias capacidades y sensaciones, delegando en los/as médicos/as. La mujer en pre-parto no se diferencia de otro/a paciente pre-operatorio en relación con: conexión intravenosa, inmovilización sobre una cama, monitoreada y examinada con cierta frecuencia.
- Naturalización: infantilización de las mujeres.
- Fragmentación: olvido de su integralidad, la atención se centra en el estado fisiológico, olvidando sus emociones, percepciones, identidades culturales, conocimiento.

Junto a ello, Canevari (2011), además, destaca que en la sala de partos se llevan a cabo prácticas crueles como la dilatación manual, violencia física (como sacar la placenta cuando ha quedado retenida, introduciendo la mano sin anestesia); así como la maniobra Kristeller, episiotomías y cesáreas, dejando cicatrices que se podrían haber evitado. Afirmando que: “en todos los relatos de las mujeres, el dolor es una constante recurrente, pero pareciera que está más asociado al sufrimiento por el maltrato recibido que, por el dolor mismo” (p. 86).

Si nos centramos en los datos más recientes que hay acerca de su existencia en España, los recogidos por el Observatorio de la Violencia Obstétrica no dejan ninguna duda. Así, se indica que un 50,7% de las mujeres no fueron informadas acerca del tipo de intervención al que iban a ser sometidas en su parto y en un 50,1% se actuó sin su consentimiento. En un 65,8% no se respetó el plan de parto y en un 74,7% no se les permitió a las mujeres decidir en qué postura dar a luz. Además, casi un 40% de las personas encuestadas reconocieron haber necesitado o necesitar ayuda psicológica que les permitiese superar las secuelas del parto (Observatorio de la Violencia Obstétrica, 2016). Estos datos se han visto avalados por otros estudios (Mena et al., 2021) donde además se recoge otro tipo de información a resaltar como puede ser aquella que se incluye acerca del uso de técnicas como episiotomías (en un 39,3% de los partos) o la denominada Kristeller (en un 34,2%). Por último, mencionar también un trabajo publicado en la revista *Women and Birth*, donde se menciona la alta prevalencia que este tipo de prácticas tiene en España y el llamativo dato que afirma que el 67,4%

de las mujeres que habían participado en el estudio, habían sufrido algún tipo de violencia obstétrica, ya fuera física (54,5%), verbal (25,1%) o psicológica (36,7%) (Martínez et al. 2021).

A pesar de todo lo anterior, este tipo de violencia sigue siendo en muchos casos aceptada, normalmente silenciada y, en muchos casos, expuesta como “anécdotas” asociadas a ese período en la vida de las mujeres. En este sentido, su invisibilidad es consecuencia tanto de su normalización como de la interiorización que se ha hecho de la misma por las propias mujeres y en muchos casos por los equipos médicos. Ello, porque la paciente no suele ser consciente de que aquellas prácticas que le están realizando constituyen violencia, que podrían evitarse y en último caso ser objeto de denuncia. De ahí que exista una corriente de voces que han llamado la atención sobre la necesidad de cuidar este proceso y de establecer protocolos que permitan al personal sanitario posibilitar una experiencia de parto positiva (FAME; Observatorio de la Violencia Obstétrica). Según recoge la OMS (2018), estas reclamaciones se fundamentan en el hecho de que mayoritariamente las mujeres se proponen tener un trabajo de parto y parto fisiológico, así como lograr el sentimiento de control personal a través de la participación en la toma de decisiones, incluso cuando es preciso o se desea un intervención médica.

En este sentido, dicha organización estableció, como se puede ver en la tabla 1, una serie de recomendaciones que dieran lugar a una experiencia positiva durante el parto:

Tabla 1

*Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto para una experiencia positiva*

<p><b>Atención durante el parto y el nacimiento</b></p>	<p>Atención respetuosa de la maternidad Comunicación efectiva Acompañamiento durante el trabajo</p>
<p><b>Período de dilatación</b></p>	<p>Definición de las fases latentes y activa del período de dilatación Duración del período de dilatación Evaluación de rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto (Doppler o estetoscopio de Pinard) Tacto vaginal Anestesia epidural para el alivio del dolor Técnica de relajación para el tratamiento del dolor Líquido y alimentos por vía oral Movilidad y posición de la madre</p>

<b>Período expulsivo</b>	Posición para dar a luz (para mujeres con/ sin anestesia epidural) Método para empujar Masaje uterino Pinzamiento tardío del cordón umbilical Tracción controlada del cordón (TCC)
<b>Atención del recién nacido</b>	Contacto piel con piel Lactancia Vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica Baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido
<b>Atención de la mujer tras el nacimiento</b>	Evaluación del tono muscular del útero Evaluación materna de rutina después del parto Alta postnatal después del parto vaginal sin complicaciones.

Fuente: Elaboración propia a partir de la OMS (2018).

Como muchos autores y autoras han señalado (Belli, 2013; Olza, 2014; García, 2018; Martínez et al., 2021) es innegable que estas prácticas se producen pero, en lo que más se difiere es en el uso del concepto "violencia" para designarlo (Castrillo, 2016). Ello, porque esta palabra tiene una serie de connotaciones negativas que asociadas a la forma de actuar del personal sanitario podría llevar a su rechazo y a considerarlos como "el enemigo". Esto, además, en última instancia da lugar a una generalización de las actuaciones médicas como violentas, lo cual distorsiona el sentido del concepto aquí analizado y las reclamaciones sobre la necesidad de permitir que las mujeres decidan sobre cómo quieren que estos procesos tengan lugar. Ello no significa que en determinadas circunstancias médicas, por complicaciones o necesidades surgidas durante el proceso, no sea necesaria una actuación del equipo que atiende el parto pero sin que ello de lugar a un proceso rutinario de tipo intervencionista con una generalización de la asistencia medicalizada.

Es importante, por tanto, tener en cuenta quién ejerce este tipo de violencia porque a diferencia de otros tipos que están más visibilizados, esta solo puede ser ejercida por el personal de la salud, es decir:

- Personal sanitario: profesionales de la medicina, profesionales de trabajo social, profesionales de psicología.
- Profesionales de los servicios públicos y privados.

Es decir, que para poder hacerle frente, se convierte en prioritario saber el grado de conocimiento que los y las profesionales de la salud tienen sobre la violencia obstétrica

así como sobre las normativas existentes que regulan estos actos (Faneite et al., 2012). Lo que permitirá saber cómo se podrá actuar en su formación para prevenir estas situaciones. Siguiendo a los profesores Martínez et al., (2021):

Lo que se necesita es sensibilizar, formar y dotar de recursos al sistema sanitario para prestar una atención según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en base a la evidencia científica disponible. Todo en pro de la mejor salud de la mujer y el recién nacido (...) La solución pasa también por dotar al sistema de los recursos necesarios para prestar una atención adecuada, dar una visión realista a las mujeres de lo que es un proceso de parto con información veraz y no sesgada, así como establecer sinergias, comunicación, diálogo y negociación entre las mujeres y los profesionales. (s/p)

## 2.2.- Marco Normativo

Tal y como hemos expuesto en apartados anteriores, la violencia obstétrica, desde el momento en que el sujeto que la sufre son las mujeres, por el hecho de serlo, se puede definir y considerar como violencia de género y como una clara forma de discriminación hacia estas. En este sentido, conviene recordar que a nivel internacional, en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1979) se explica que la violencia de género es un obstáculo para la participación de la mujer, en igualdad de condiciones que el hombre en todos los aspectos la vida política, social, económica y cultura de su país, y dificulta el bienestar de las personas, las familias y la sociedad.

Por otro lado, la ONU (1993), en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer afirma que la misma constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales<sup>3</sup>. Más cercano en el tiempo, el Convenio de Estambul o Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (2011), reconoce que esta violencia es una manifestación de desigualdad histórica, privando a la mujer de su plena emancipación. Al mismo tiempo que reconoce que la naturaleza de la violencia contra las mujeres está

---

<sup>3</sup> El respeto a los derechos sexuales y reproductivos también se encuentran recogidos en otros informes o programas internacionales tales como: la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) o la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia de Género contra las Mujeres (Convención de Belem Do Para) (1996).

basada en el género, siendo los mecanismos sociales cruciales para mantener dicha posición.

Si nos detenemos específicamente en el tema aquí analizado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 20014) afirmaba que:

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación (...) el maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos. (s/p)

En este mismo sentido, el 21 de enero de 2021, el Parlamento Europeo publicó la Resolución sobre la estrategia de la Unión para la Igualdad de Género, donde hacía un repaso sobre la documentación oficial de las distintas discriminaciones, violencias y violaciones de derechos de las mujeres, y donde hay una mención específica a la violencia obstétrica y ginecológica como una forma de violencia que solo ha salido a la luz en los últimos años.

Centrándonos en España, el Observatorio de Violencia Obstétrica, creado por la asociación "*El parto es nuestro*" explica que en nuestro país aún no se han tipificado las prácticas que constituyen la violencia obstétrica (esta regulación sí es posible encontrarla en otros países como son Venezuela, México o Argentina) aunque las mismas se encuentran prohibidas, ya que estas suponen la vulneración de derechos básicos tipificados en la Constitución Española, como la integridad física y moral (artículo 15), la libertad personal (artículo 17) o la intimidad (artículo 18). Además, específicamente sobre temas de salud, no solo hay que mencionar la Ley de Autonomía del Paciente (2002) sino también los distintos documentos publicados por el Ministerio de Sanidad que buscan conseguir un cambio asistencial, donde se respeten los deseos, necesidades y autonomía de las mujeres (Llobera et al., 2019, p. 169 y ss).

Hay que hacer también un inciso importante, por cuanto no podemos obviar que en el caso español, definirlo como violencia de género no es posible si la referencia normativa que se utiliza es la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Ello, porque según esta, solo se produce este tipo de violencia hacia las mujeres por parte de hombres que sean sus parejas o lo hayan sido (art. 1.1). Por tanto, se excluirían todas las prácticas realizadas por el personal sanitario – puesto que no existe esa relación afectiva – pero, además, se

excluirían las que realizan las profesionales sanitarias mujeres, puesto que la ley sólo recoge en la definición de violencia de género aquella que sufren las mujeres por sus parejas masculinas, nunca por otras mujeres.

En los últimos meses, se estaba trabajando para incluir la violencia obstétrica dentro de la reforma de la ley del aborto pero, finalmente, se han utilizado otras expresiones para evitar el uso de dicho concepto por las presiones que se han producido por distintos sectores, sobre todo, médicos. Aunque aún se está debatiendo, lo que sí se ha recogido en la misma ha sido la necesidad de reunir datos y realizar investigaciones sobre lo que ocurre en los hospitales y centros sanitarios. Así como se hace referencia a la necesidad de que los hospitales cuenten con protocolos específicos y que deberá existir uno común aprobado por el Consejo Interterritorial de Salud<sup>4</sup>.

### 3. Metodología

Tras realizar un exhaustivo análisis bibliográfico sobre esta temática, se llevó a cabo una recogida de datos utilizando como instrumento una encuesta de elaboración propia a partir de los trabajos recopilados durante la primera fase de la investigación (Rodríguez y Aguilera, 2017; Llobera et al., 2019; Mena et. al., 2020). La población a la que se dirigió fue personal sanitario que interviniese en dicho proceso, de manera anónima, voluntaria y en un espacio externo al ámbito sanitario.

No existía ningún dato que permitiera identificar a la persona que estaba respondiendo a la encuesta. Para su análisis se codificaron, a través de una numeración que permitiese a las investigadoras saber quién había respondido a cada cuestión de cara a extraer los resultados de esta primera fase y que fueran un elemento de partida para la segunda parte del trabajo centrada, específicamente, en los y las trabajadores sociales y en la realización de entrevistas en profundidad y grupos focales. La investigación se complementa con otro cuestionario, en este caso, a mujeres que habían dado a luz. Su análisis está actualmente en proceso de redacción, siendo la muestra de n.128.

El muestreo fue no probabilístico (bola de nieve). Debido a la situación provocada por la pandemia, el acceso directo a este personal y el tema de los desplazamientos se

---

<sup>4</sup> Para mayor información véase: ACUERDO por el que se autoriza la tramitación administrativa urgente prevista en el artículo 27.1.b) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, del Anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

<https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/referencias/documents/2022/refc20220517ccc.pdf>

vio enormemente dificultado. De ahí que se decidiera usar la plataforma online “Google Forms”, la cual permite el uso de la lógica de saltos entre preguntas y su difusión por redes sociales. La difusión se hizo a través de Facebook y WhatsApp, con un enlace hacia el cuestionario, durante tres meses (de enero a abril de 2022).

En cada cuestionario se explicaban las razones del trabajo y se hacía una primera presentación de la temática, usando tanto preguntas cerradas como preguntas abiertas donde pudieran expresar sus opiniones o ampliar la información que se les solicitaba.

A continuación, en una segunda fase del trabajo se realizaron entrevistas semiestructuradas a algunas de las personas que habían respondido al cuestionario y que reflejaron en el mismo que querían realizarlas. Con estas se buscaba ampliar algunas de las ideas que habían expuesto en las preguntas de los cuestionarios que, a su vez, darían lugar a la realización de dos grupos focales con personal sanitario: uno procedente de la sanidad pública y otro de la privada. Por tanto, se realizó un estudio descriptivo, mixto (cuantitativo y cualitativo) ya que hubo preguntas que dieron información numérica (recogida en porcentajes) y en otras eran opiniones. En un primer apartado se recogieron datos sociodemográficos y en la segunda parte se recogían los temas propiamente de experiencias y actuaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Se consideró interesante incluir dos tipos de variables que nos permitiera cruzar datos, por una parte, las creencias religiosas y por otra, el posicionamiento ideológico-partidista. Los resultados obtenidos forman parte de la segunda parte de la investigación en desarrollo. La hipótesis es que el posicionamiento político y/o las creencias religiosas pueden influir en algunas de las prácticas realizadas así como en la identificación de estas como violencia obstétrica.

En el mismo no se discriminaba si ejercían su trabajo en el ámbito público, privado o mixto, puesto que consideramos que saber esta información era un elemento fundamental para conocer si existían elementos diferenciadores en estas prácticas en función del tipo del lugar donde lo desempeñaban. Así mismo, nos interesó conocer qué tipo de contacto mantenían con las mujeres durante el proceso y sus conocimientos – o no – sobre este tipo de conductas.

No se pretende que los resultados se puedan extrapolar a la población en general, pero sí que sean una primera aproximación que nos permita, para la segunda fase del trabajo, depurar el cuestionario. Las limitaciones que se detectaron durante el proceso serán expuestas en las discusiones de los resultados, fundamentalmente en relación al

tipo de centro en el que trabajaban (público o privado), al colectivo sanitario al que pertenecían y la consideración que tenían acerca de si estas prácticas eran o no violencia hacia las mujeres.

En total, tras depurar la muestra de la encuesta de personal sanitario, se tuvieron un total de 37 respuestas. Entre ellas 21 persona con la titulación de enfermería, 1 trabajadora social, 8 matronas, 6 auxiliares de enfermería y 1 obstetra.

#### 4. Análisis de resultados

Entre las personas participantes encontramos a 34 mujeres y 3 hombres, 91,9% y 8,1% respectivamente. Cuyas edades están comprendidas entre los 22 y los 70 años. Residentes de provincias diferentes como Ciudad Real, Córdoba, Jaén, Granada, Cádiz, Madrid, Málaga, Teruel y Zaragoza. Aunque en un principio se pensó en centrarlo sólo en la Comunidad Autónoma de Andalucía, dado que se obtuvieron respuestas de otras CCAA, se decidió por parte de las investigadoras dejarlas en el análisis para que permitiese, llegado el caso, considerar si sería interesante profundizar en las diferencias por el lugar geográfico donde se encontraban trabajando, 34 de ellos y ellas en el ámbito público (91,9%) y 3 de ellos/as en el ámbito privado (8,1%). Llevan ejerciendo en su profesión entre 3 meses y 46 años. Además, el 94,6% trabaja de manera interdisciplinar. Entre las profesiones de quienes han participado trabajan de modo interdisciplinar son: profesionales de la medicina, de trabajo social, de ginecología, de farmacia, de fisioterapia, de psicología, pediatras, obstetras, matronas, celadores y celadoras, docentes, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales, personal administrativo y personal de limpieza.

Un 67,6% han tenido o tienen relación con las mujeres durante su proceso de gestación, embarazo y/o trabajo de parto, lo que corresponde a 25 profesionales. Por otro lado, 12 participantes han indicado que no tienen relación con las mujeres durante el proceso. Los tipos de intervenciones que realizan en caso de haber respondido afirmativamente en la pregunta anterior son: parto, controles en el embarazo, urgencias, vacunación, postparto, educación maternal, cuidado y atención, analíticas, acompañamiento, cesáreas y partos instrumentales, seguimiento y/o dietas.

El equipo de profesionales que han intervenido directamente en el trabajo de parto señalan en un 80% que han realizado episiotomías; un 66,7% corte inmediato del cordón umbilical; el 86,7% realizan la revisión y control del/a recién nacido/a; el 80% de profesionales han utilizado fórceps y/o ventosas. Por otro lado, el 86,7% han realizado la colocación de la vía intravenosa, así como también han dado uso de oxitocina a las

mujeres en un 80% de los casos y en un 93,3% los/as participantes han dado uso de la epidural. El 30% recurrió al uso de enemas, el 43,3% ha realizado la maniobra de Kristeller y el 80% han intervenido mediante la rotura de bolsa.



Figura 1: intervenciones que realizan el personal sanitario.

En relación al protocolo que se aplica sobre el acompañamiento a las mujeres, el 64,9% dijeron que las mujeres pueden estar acompañadas durante todo el proceso, un 10,8% respondieron que no siempre podían estarlo y el 8% dijo que podían durante el parto. Otro 8% comentó que podrían estar acompañadas durante las revisiones que les realizaban pero que a veces se le imposibilita, lo que corresponde a un porcentaje de un 8,1%. Por último, resaltar que un 8,1% dijo desconocer si existía un protocolo sobre el acompañamiento.

En el caso de las cesáreas<sup>5</sup>, un 5,4% dijo que no permitirían que nadie estuviera presente porque es un impedimento para poder trabajar, un 56,8% contestaron que en el hospital donde trabajan no lo permiten, un 2,7% contestó que no, ya que piensa que es lo mejor para el equipo médico. Un 10,8% contestaron que sí se le da la oportunidad de poder estar acompañada y el 24,3% desconocían el protocolo sobre esta actuación.

<sup>5</sup> Recientemente en *elDiario.es* se ha presentado una investigación realizada sobre las cesáreas en España. Es la primera vez que se muestra un mapa de las mismas para el territorio español. Para mayor información, véase: Requena, A y Sánchez, R. (16 de octubre de 2022). "Parir con bisturí". [https://www.eldiario.es/sociedad/mapa-tasa-cesareas-espana-hospitales-abusan-partos-quirurgicos\\_1\\_9545161.html](https://www.eldiario.es/sociedad/mapa-tasa-cesareas-espana-hospitales-abusan-partos-quirurgicos_1_9545161.html)



Figura 2: Acompañamiento.

Con relación al plan de parto, los/as profesionales lo conocen en un 37,8%, además, mencionan que es útil para ellos/as. El 27%, lo conocen, aunque hay veces que no pueden acatarlo. Por último, un 35,1% no conocen qué es el plan de parto. Siete profesionales han contestado que ha habido mujeres en el centro de trabajo que les ha planteado seguir su plan de parto, pudiendo en la mayoría de los casos seguirlo (a excepción de alguna razón médica).

Según los profesionales participantes en la encuesta, un porcentaje de un 73% ha respondido que los/as estudiantes intervienen directamente con las mujeres y el 27% expresaron que no lo hacen. Según los/as profesionales participantes, no se les pide autorización por escrito para poder intervenir durante el embarazo y el parto, solo se les pide autorización verbal.

Para finalizar este bloque, nos hemos cuestionado si el equipo médico ofrece diferentes tipos de posiciones para dar a luz o libertad para cambiarla si lo consideran necesario. El 59,5% de profesionales han respondido que sí, las mujeres tienen total libertad para ello. El 21,6% responde que no, ya que es beneficioso para las mujeres y su/s bebé/s. Por último, 7 profesionales mencionan que no tienen libertad porque es mucho más cómodo para ellos/as como profesionales.

En relación al concepto de violencia obstétrica, el 24,3% no conocen el término y no lo han escuchado nunca; el 8,1% no conocen el término, aunque en estos últimos meses han escuchado hablar acerca de dicha violencia. Por otro lado, el 10,8% de los/as profesionales señala que sí, aunque no sabría cómo definirla y el 35,1% sí conocen el término y además conocen algunos casos. Por último, el 21,7% conocen el término y le gustaría conocer mucho más acerca de la violencia obstétrica. En consideración con la regulación de la legislación de la violencia obstétrica en España, 9 profesionales no conocen si existe alguna regulación con respecto a dicha violencia. Otros/as expresan que dicha legislación está pendiente de regulación en España. Una de las personas que han respondido al cuestionario ha expresado lo siguiente: "*la mal llamada violencia*

*obstétrica, a mi juicio, es un concepto llamado por supuestas feministas. Llevo muchos años trabajando y nunca he presenciado ninguna agresión a las madres” (PS11).*



Figura 3: conocimiento del término por parte del personal sanitario.

Las respuestas a la pregunta para conocer si creen que existe o no relación entre la violencia obstétrica con la violencia machista o violencia hacia las mujeres son muy diversas. Por un lado, podemos observar que algunos/as de los/as profesionales no perciben relación alguna o desconocen esta relación. En otros casos, expresan lo siguiente: *"es un modo de actuar de modo violento con las mujeres y no respetarlas", "presión social", "van muy ligadas", "se produce debido a la situación de inferioridad de la mujer en el proceso de atención del embarazo y parto"; "es una forma de violencia hacia las mujeres, pero porque va inherente a ella, es imposible ejercer violencia obstétrica a un hombre", "no tener voz, deseos o intereses".*

Otro/a profesional añade en relación con la anterior pregunta: *"la violencia obstétrica es un concepto rentable para el feminismo combativo"*. Desde otra perspectiva otro/a profesional nos expresa lo siguiente: *"la literatura científica muestra un gran número de mujeres víctimas de violencia obstétrica durante su estancia en los centros sanitarios. (...) Es importante insistir en que el parto es un proceso completamente fisiológico, el cual debe ser atendido de manera personalizada, basándose siempre en la evidencia científica, y garantizando el respeto, la participación activa y los derechos de información y elección de la parturienta" (PS15).*

De los/as 37 participantes, el 59,5% mencionan que en su entidad sanitaria no ha habido o hay casos de violencia obstétrica o de otro tipo de violencia hacia las mujeres; sin embargo, el 40,5%, afirman lo contrario.

Se quería conocer, en caso de que la respuesta fuese afirmativa acerca de la existencia de violencia en sus centros de trabajo, si habían intervenido para evitar dicha violencia, tan solo 3 personas respondieron de manera positiva. En otros casos, han respondido lo siguiente: *"Menos de lo que debería, estamos muy mal vistos los que*

*defendemos a las mujeres” (PS4); “No. Ha sido violencia verbal/manipulación, o no explicar una intervención” (PS5).*

En caso de que nunca hayan tenido que intervenir en este tipo de casos, las propuestas de intervención que nos plantean los/as profesionales son las siguientes: suspensión, formación, consciencia, sanciones penales, crear un teléfono directo, protección institucional, individualización, sensibilización, ley de protección.

Desde la entidad sanitaria los/as participantes realizan intervenciones con mujeres relacionadas con el control del embarazo, atención al parto, violencia de género, enseñanza pre-parto, post-parto y durante el parto, educación maternal, IVEs, seguimiento del embarazo. Las propuestas de intervención desde la epistemología profesional que comentan los/as participantes son las siguientes: empatía, educación a la embarazada, empoderamiento.

## **5. Algunos elementos para la discusión**

La situación sobrevenida por la pandemia dio lugar a que las encuestas fueran realizadas a través de las redes sociales, lo cual limitó en cierta medida el número de respuestas. A pesar de ello, consideramos que para ser una primera aproximación a un colectivo tan complejo y con una temática tan controvertida, el número de respuestas recogidas en tres meses ha sido más que satisfactorio. Esto ha permitido que, tras este primer análisis de resultados, nos planteásemos una serie de interrogantes que consideramos que podrían ser el punto y seguido de este trabajo.

En este sentido, consideramos que debemos llamar la atención sobre cómo, en varias ocasiones, se ha hecho referencia a que estas violencias son invenciones de las mujeres porque realmente no existen como tales o bien son un medio que es utilizado para obtener beneficios por parte de las feministas. Es decir, no se cree que sea una mala praxis o una vulneración de los derechos de las mujeres, sino una manipulación orquestada por los movimientos feministas. En este sentido, aunque más del 50% dijeron conocer el término y estar incluso dispuestos/as a saber más sobre el mismo, aún hay cerca de otro 50% que lo desconoce o bien que a pesar de saber sobre su existencia o de haberlo oído, no sabría definirlo.

Por tanto, si el primer paso para poder conseguir eliminar ciertas prácticas es admitir no solo que se realizan – ya hemos dicho que en algún momento pueden llegar incluso a ser necesarias – sino que algunas de las actuaciones que se llevan a cabo, por la manera de efectuarlas y por no tener en cuenta la opción elegida libremente por las mujeres, son una forma de ejercer violencia de género, el hecho de no admitirlas o no identificarlas no harían factible ni viable acabar con ellas. Precisamente, este es un claro

ejemplo de la necesidad de incidir en la formación del personal sanitario y de la importancia de seguir los protocolos y las recomendaciones que tanto a nivel nacional como internacional existen. Si lo relacionamos con aquellos/as que han dicho que en sus centros de trabajo existían o se habían dado estos hechos, la situación es aún más compleja, puesto que más del 40% respondieron afirmativamente. Aunque, tal vez lo más llamativo, no sea tanto esto – que lo que viene a ratificar es lo que hemos expuesto desde el principio acerca de estas prácticas y su consideración como violencia – sino la inactividad de aquellos/as que sabían que se producían estas prácticas. Y, sobre todo, las justificaciones dadas: porque está mal visto defender a las mujeres y posicionarse con ellas, o porque la situación – aunque la han definido como violencia – realmente era sólo verbal. ¿Ocurriría lo mismo si nos encontrásemos ante prácticas médicas donde los sujetos pasivos fueran hombres? Como expone Caroline Criado (2020, p. 276 y ss.)

Debido a su exclusión sistemática de los ensayos clínicos, carecemos de datos sólidos sobre cómo tratar a las mujeres embarazadas para casi cualquier cosa (...) La no incorporación de las mujeres en los ensayos médicos, al igual que el hecho de no incluirlas en los libros de texto de anatomía, es un problema histórico que tiene sus raíces en la concepción del cuerpo masculino como el cuerpo humano por defecto.

En relación a las intervenciones realizadas, llama poderosamente la atención el porcentaje en el uso de la oxitocina o el de forceps y ventosas puesto que en ambos casos suelen asociarse a momentos de gran stress para las madres por lo que significa recurrir a ellos. En un caso, para acelerar el proceso del parto y, en otro, para provocar la salida “forzosa” del bebé. De nuevo no queremos decir con ello que no sean necesarios en algunos casos, pero sí hay que resaltar lo elevada que es la cifra.

Hoy en día no tenemos forma de saber qué mujeres responderán a la oxitocina, lo que evidentemente no es o ideal: todas las mujeres, incluso aquellas para las que supondrá un retraso inútil y desgarrador, tienen que pasar por ello (...) actualmente tenemos un solo tratamiento para las mujeres con contracciones débiles, que la mitad de las veces no surte efecto. Compárese, con los cerca de cincuenta fármacos para la insuficiencia cardiaca que existen. (Criado, 2020, p. 321 y 322).

Todo lo anterior también ocurre con las episotomías (en más de un 80%) y con la técnica de Kristeller. Parece deducirse de estos datos que lo “normal” no es precisamente que se dé una experiencia positiva tal y como refiere la OMS (2018) y que hemos expuesto anteriormente. ¿Qué debemos entonces entender por un parto feliz?

Así mismo es interesante destacar cómo más de un 35% de los y las profesionales no sabían lo que era un plan de parto cuando incluso está recogido por el entonces Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad como un medio para que la mujer “pueda expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso

del parto y el nacimiento" (s/f; p. 3). Si a ello le unimos el porcentaje que considera que la posición que adopte la mujer en el paritorio no puede quedar a su libre elección y la participación de estudiantes se puede dar sin el consentimiento expreso de la mujer, entendemos que aún hay un largo camino por recorrer para adecuar lo que se está haciendo a las prácticas que organismos como el Observatorio de la Violencia Obstétrica o la FAME consideran normal. ¿Qué debe ocurrir para que estas situaciones se regulen?

Por último, quisiéramos mencionar un tema relativo a los trabajos e investigaciones que hemos encontrado como referencias a la hora tanto de realizar el marco teórico, como el cuestionario y su validación. Mayoritariamente, las aportaciones que hay publicadas están realizadas por personal médico (de diferentes categorías y ramas) y, en muchos casos, de países latinoamericanos. No hemos encontrado ningún estudio que específicamente analice el papel que desde el trabajo social se puede realizar para prevenir y eliminar este tipo de violencias. Consideramos que es necesario ampliar los estudios de casos, con datos reales acerca de las prácticas y comportamientos que están teniendo lugar en nuestro país. Existen otros/as profesionales que intervienen en este proceso y que también pueden desempeñar una excelente labor en mejorar la situación que hemos venido exponiendo. ¿Por qué no darle voz y compensar la excesiva medicalización que existe en relación todos estos procesos?.

Si bien es cierto que había pocos trabajos hace unos años, sin embargo, En español, en el período 2008-2018, se contabilizan un total de 11 publicaciones, 16 en inglés y 5 en portugués (Guerrero et al., 2019). También lo es que se ha apreciado un incremento considerable en la última década, lo cual entendemos que tiene que ver, por una parte, con la cuarta ola del movimiento feminista que ha puesto sobre la mesa temas que estaban silenciados y, por otra, por el hecho de que:

En la última década del siglo XX se comenzó a regular a través del derecho internacional la VO, ello obligó a los países firmantes a actualizar su marco normativo y político a través de la tipificación de delitos y el perfilamiento de las políticas públicas en salud. (Guerrero et al., 2019, p.25)

Esto nos sitúa en un momento crucial para sacar del ostracismo y del silencio a las vivencias de todas esas mujeres que pensaron que lo que estaban sufriendo era sólo "lo normal". Invisibilizar las alternativas no elimina que existan y que se deban plantear políticas públicas de salud que incidan en su prevención y en dar presencia y voz al cuerpo de las mujeres.

## 6. A modo de un punto y seguido

Hablar de parto y relacionarlo con el sexo y la sexualidad de las mujeres sigue incomodando a la cultura patriarcal en la que nos educamos, ya que lo que se defiende es la capacidad y el derecho de las mujeres de parir de forma autónoma, autosuficiente y autorregulada. Sin embargo, en muchos casos, se sigue educando en el silencio ante determinadas prácticas y bajo la ignorancia, perpetuando de ese modo algunas conductas que no pueden ser calificadas y definidas sino como violencias. Las mujeres deben denunciar estos abusos y comportamientos, obviando aquellas actitudes en las que se les sigue haciendo culpables; donde se les aconseja que se preparen mejor en el próximo parto y/o se patologiza el proceso. La sociedad patriarcal busca que el parto sea tabú para anular el poder de las mujeres y la conexión que este produce entre la madre y su bebé.

Al mismo tiempo, hay que trabajar con el personal sanitario para que sean capaces de identificar estos tipos de violencias y sepan cómo conseguir una experiencia de parto positiva. Para ello, es imprescindible revisar qué formación reciben aquellos/as profesionales que tratan directamente con las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Interviniendo en los planes de estudios de este personal para que no eludan su responsabilidades alegando su desconocimiento.

Romper con la naturalización de las violencias solo es posible si se trabaja desde una perspectiva feminista y de derechos humanos. En este sentido, es necesario una legislación que recoja explícitamente las recomendaciones de los Organismos Internacionales, pasando de las promesas y los debates a políticas públicas reales devenidas de la obligación que tienen los Estados de respetar los derechos sexuales y reproductivos.

Así mismo, consideramos fundamental abogar por ampliar las investigaciones y estudios que analicen estos temas, que conozcan si existen diferencias entre, por ejemplo, los hospitales públicos y los privados; entre Comunidades Autónomas; entre ámbitos rurales y urbanos, etc. en definitiva, de cuantificar lo que está pasando para mediante la visibilización del problema, se mejore la calidad y la esperanza de vida de las mujeres.

## 7. Bibliografía

- Al Adib Mendiri, M; Ibáñez Bernáldez, M; Casado Blanco, M. & Santos Redondo, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 104-111. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en&tlng=es).
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *UNESCO: Revista red Bioética*, 1(7), 25-34. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868>
- Canevari Bledel, C. (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE.
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, n. 24, 43-68. <https://www.scielo.br/jj/sess/ajjXWfHQCDHrHMGpSqNB93ZPD/?format=pdf&lang=es>
- Colectivo de Estudiantes de Psicología; Asociación Estatal de Estudiantes de Enfermería; Consejo Estatal de Estudiantes de Enfermería (s/f). *Posicionamiento sobre la violencia obstétrica*. <https://www.cep-pie.org/wp-content/uploads/2021/12/Posicionamiento-sobre-la-Violencia-Obstetrica.pdf>
- Constitución Española. 29 de diciembre de 1978. Boletín Oficial del Estado (BOE) A-1978-31229 (España). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229> §
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979). Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Naciones Unidas.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia de Género contra las Mujeres (Convención de Belem Do Para) (1996). <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (2011). Estambul. <https://rm.coe.int/1680462543>
- Criado Pérez, C. (2020). *La mujer invisible. Descubre cómo los datos configuran un mundo hecho por y para los hombres*. Seix Barral.
- Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Naciones Unidas (1993). Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
- España (2022) ACUERDO por el que se autoriza la tramitación administrativa urgente prevista en el artículo 27.1.b) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del

- Gobierno, del Anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/referencias/documents/2022/refc20220517ccc.pdf>
- Facio, A y Anya, V. (2017). Los derechos culturales y los derechos de las mujeres son Derechos Humanos y como tales, deben ser gozados en igualdad. *Revista Europea de derechos fundamentales*, nº extra 29, 47-70.
- FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España) (S/f). *Manifiesto FAME contra la violencia obstétrica en España*. <https://www.federacion-matronas.org/2021/07/19/violencia-obstetrica-fame/>
- Faneite, J; Feo, A y Toro, J. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. V. 72 (1), 4-12.
- García García, E. M. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales*. Tesis doctoral. [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia\\_garcia\\_eva\\_margarita.pdf](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf)
- Goberna-Trica, J y Boladeras, M. (coord.) (2018). *El concepto "violencia obstétrica" y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Tecnos.
- Guerrero, R.N; Hernández, J.C; Hernández, L.I y Aragón, G.R (2019). Categorías conceptuales de la violencia obstétrica. *Avan C. Salud. Med*, 7 (1), 23-32.
- Iglesias, S; Conde, M; González, S y Parada, M. E. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito?. 17.000 mujeres opinan. *Musas, Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*. Vol. 4 (1), 77-97.
- Jiménez Sánchez, C. (2021). La violencia obstétrica como violación de derechos humanos: el caso de S. F. M contra España. *Revista Deusto de Derechos Humanos*. Nº 7, 157-178.
- Jojoa Tobar, E; Cuchumbe Sánchez, Y. D; Ledesma Rengifo, J.B; Paja Campo, A. M y Suárez Bravo, J. P. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*. Vol. 51 (2), 135-146.
- 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. Boletín Oficial del Estado (BOE) A-2002-22188. (España). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. 28 de enero. Boletín Oficial del Estado (BOE) A-2004-21760 (España). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>

- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. 24 de marzo, 2007. Boletín Oficial del Estado (BOE) A-2007-6115. (España). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115>
- Longo, A. (20 de mayo de 2022). La erradicación de la violencia obstétrica comienza por admitir que existe. *Diario El País*. Mamas&Papas. <https://elpais.com/mamas-papas/2022-05-20/la-erradicacion-de-la-violencia-obstetrica-comienza-por-admitir-que-existe.html>
- Llobera Cifre, R. Ferrer Pérez, VA y Chela Álvarez, X. (2019). Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investigaciones Feministas*, 10(1), 167-184. <https://doi.org/10.5209/infe.60886>
- Martínez Galiano, J.M; Hernández Martínez, A y Rodríguez Almagro, J. (7 de septiembre de 2021). ¿Por qué se ha puesto de moda hablar de la violencia obstétrica (y qué hay de cierto)? *The Conversation*. <https://theconversation.com/por-que-se-ha-puesto-de-moda-hablar-de-violencia-obstetrica-y-que-hay-de-cierto-166990>
- Martínez Galiano, J, M; Hernández Martínez, A; Rodríguez Almagro, J y Hernández Martínez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*, Vol. 34 (5), 526-536.
- Medina, G. (2009). Violencia Obstétrica. *Revista del Derecho de Familia y de la Persona*, 1-4. [https://www.academia.edu/download/48122589/tipos\\_de\\_violencia\\_obstetrica.pdf](https://www.academia.edu/download/48122589/tipos_de_violencia_obstetrica.pdf)
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020). Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 199, 1-13. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18010199>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (s/f). *Plan de parto y nacimiento. Estrategia de atención al parto normal. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y Observatorio de Salud de las Mujeres. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
- Observatorio de la Violencia Obstétrica (2016). *Informe del Observatorio de la Violencia Obstétrica*. Asociación El Parto es Nuestro. <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/informeovo2016.pdf>
- (s/f). *Presentación. Asociación El Parto es Nuestro*. <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/observatorio-de-la-violencia-obstetrica>

- Observatorio de Salud de las mujeres (2012). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. [https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Informe\\_FinalEAPN\\_revision8marzo2015.pdf](https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Informe_FinalEAPN_revision8marzo2015.pdf)
- Olza Fernández, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Revista Iberoamericana de psicomática*, nº 111, 79-83.
- OMC (Organización Médica Colegial de España) (12 de julio de 2021): *Reforma Ley del aborto. El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos rechaza y considera muy desafortunado el concepto de "violencia obstétrica" para describir las prácticas profesionales de asistencia al embarazo, parto y posparto en nuestro país*. Nota de Prensa. [file:///C:/Users/UJA/Downloads/np\\_cgcom\\_violencia\\_obstetrica\\_12\\_07\\_21.pdf](file:///C:/Users/UJA/Downloads/np_cgcom_violencia_obstetrica_12_07_21.pdf)
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de Salud*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf)
- (Organización Mundial de la Salud) (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
- ONU (Organización de las Naciones Unidas) (1995). Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/fwcwn.html>
- (Organización de las Naciones Unidas) (2014). *Los derechos de las mujeres son derechos humanos*. Oficina del Alto Comisionado. Naciones Unidas.
  - (Organización de las Naciones Unidas) (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. Asamblea General de las Naciones Unidas. Septuagésimo cuarto período de sesiones. A/74/137. [https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A\\_74\\_137-ES.pdf](https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A_74_137-ES.pdf)
  - (Organización de Naciones Unidas) (14 de julio de 2022). *España responsable por violencia obstétrica, según el Comité de derechos de las mujeres de la ONU*. Nota de Prensa. Ginebra.
- Requena, A y Sánchez, R. (16 de octubre de 2022). "Parir con bisturí". [https://www.eldiario.es/sociedad/mapa-tasa-cesareas-espana-hospitales-abusan-partos-quirurgicos\\_1\\_9545161.html](https://www.eldiario.es/sociedad/mapa-tasa-cesareas-espana-hospitales-abusan-partos-quirurgicos_1_9545161.html)
- Resolución del Parlamento Europeo, de 21 de enero de 2021, sobre la estrategia de la Unión para la igualdad de género. 2019/2169 (INI). Parlamento Europeo

[https://oeil.secure.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?lang=fr&reference=2019/2169\(INI\)](https://oeil.secure.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?lang=fr&reference=2019/2169(INI))

- Rodríguez Mir, J. y Martínez Gandolfi, A (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35 (3), 211-212.
- Rodríguez Ramos, P. A. y Aguilera Ávila, L. (2017). La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *Musas. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*. Vol. 2, nº 2, 56-74.
- Sadler, M. M. (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, pp. 15-66.
- SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) (2021). *Comunicado "Violencia Obstétrica"*. <https://sego.es/>

**Cómo referenciar este artículo/How to reference this article (\*):**

Cordones Carmona M. y Blázquez Vilaplana, M.B. (2023). El personal sanitario frente a la violencia obstétrica. una primera aproximación para el debate. *iQUAL. Revista de Género e Igualdad*, 6, 45-69, doi: 10.6018/iqual.539271

Cordones Carmona M. y Blázquez Vilaplana, M.B. (2023). El personal sanitario frente a la violencia obstétrica. una primera aproximación para el debate. [The health personnel in the face of obstetric violence. a first approximation to the discussion]. *iQUAL. Revista de Género e Igualdad*, 6, 45-69, doi: 10.6018/iqual.539271

(\*) La autoría colectiva responde a una contribución conjunta en todos los apartados / Collective authorship responds to a joint contribution in all sections.

(\*) El trabajo presentado forma parte de una investigación desarrollada en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Jaén. Los datos aparecen recogidos en el Trabajo Fin de Grado "Trabajo Social y Violencia Obstétrica: visibilizando lo invisible" realizado por María Cordones Carmona, bajo la tutorización de la profesora del área de Ciencia Política y de la Administración de la citada Universidad, Belén Blázquez Vilaplana, obteniendo la calificación de Matrícula de Honor durante el curso 2021/22. La actual estructura, diseño y conclusiones son un trabajo conjunto de ambas por igual.