



Formando para prevenir y responder a la violencia obstétrica: un programa para personas voluntarias de *El Parto es Nuestro*

Presentado por:

Lourdes Pascual Gargallo

Tutora:

Purificación Heras González

Máster Universitario en Igualdad de Género en el Ámbito Público y Privado
(Plan 2013)
[Interuniversitario / A distancia]

Curso académico 2021-2022

Primera convocatoria

Palabras clave: violencia obstétrica, violencia de género, embarazo, parto, maternidad

Índice

INTRODUCCIÓN.....	3
1. JUSTIFICACIÓN	4
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	10
2.1 Las relaciones de poder dentro del proceso atención-salud-enfermedad.....	10
2.2 El papel de los grupos de ayuda mutua.....	11
3. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	13
4. MARCO NORMATIVO	15
4.1 Marco normativo sobre formación del voluntariado	15
4.2 Marco normativo de la violencia de género	16
4.3 Los inicios de la legislación internacional sobre violencia obstétrica.....	17
4.4 Legislación mundial sobre violencia obstétrica	18
4.5 Legislación europea sobre violencia obstétrica	19
4.6 Legislación nacional sobre violencia obstétrica	20
4.7 Legislación autonómica sobre violencia obstétrica.....	21
5. VIOLENCIA OBSTÉTRICA, UN TÉRMINO EN CONSTRUCCIÓN.....	24
6. EL PROGRAMA FORMATIVO.....	31
6.1 Ámbito de aplicación	31
6.2 Naturaleza del programa.....	31
6.3 Finalidad del programa formativo.....	32
6.4 Objetivos del programa formativo	33
6.4.1 Objetivos principales	33
6.4.2 Objetivos específicos	33
6.5 Metas del programa formativo.....	33
6.6 Personas beneficiarias	34
6.7 Localización.....	34
6.8 Calendario	34
6.9 Prerrequisitos	35
6.10 Información y orientación	35
6.12 Evaluación	36
7. PRESUPUESTO	37
8. SESIONES FORMATIVAS.....	38
8.1 Presentación de las sesiones.....	38
8.2 Planteamientos para las sesiones formativas.....	39
8.2.1 Sesión 1: la violencia obstétrica como violencia de género en el ámbito sanitario ...	39
8.2.2 Sesión 2: herramientas y recursos para prevenir y erradicar la violencia obstétrica.	41
8.2.3 Sesión 3: competencias necesarias para ejercer la coordinación de un grupo local	43
9. BIBLIOGRAFÍA	45

INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica se ha descrito y tipificado como una forma de violencia de género institucionalizada que vulnera los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En la actualidad, está en el centro de muchos debates y estudios a nivel internacional. En nuestro país, la asociación *El Parto es Nuestro* (EPEN) está luchando desde hace casi veinte años para visibilizarla y erradicarla del sistema sanitario.

Mi propuesta de trabajo final de máster del Máster Universitario en Igualdad y Género en el Ámbito Público y Privado va encaminada a crear e implementar un programa formativo que permita que las personas voluntarias de *El Parto es Nuestro* adquieran los conocimientos necesarios para contribuir a las finalidades de la asociación de una manera óptima. La formación se centralizará en un entorno virtual de aprendizaje que permitirá llegar al mayor número de personas posible y que estas puedan cursarla de forma autónoma y verificable sin necesidad de desplazarse.

El programa está destinado principalmente a las socias que ejercen funciones de coordinadoras, pero se abrirá también a todas las socias en general, porque consideramos que dotar a todo el voluntariado de la asociación de más conocimientos incrementará tanto la satisfacción de las mujeres que asisten a las reuniones de *El Parto es Nuestro* como la efectividad y el alcance de las acciones que se llevan a cabo como asociación.

La formación tendrá un enfoque feminista para contextualizar la violencia obstétrica en el marco de la violencia de género y de las relaciones de poder que se dan en el ámbito sanitario, y presentará nociones clave como la introducción de la perspectiva de género en salud y la ética de los cuidados. Además, el programa formativo facilitará el conocimiento de datos, recursos, herramientas y evidencia científica al alcance para prevenir y responder a la violencia obstétrica. Por último, pero no menos importante, la formación irá encaminada a dotar a las coordinadoras de las competencias necesarias para gestionar de manera óptima las reuniones.

1. JUSTIFICACIÓN

A raíz de haber sufrido violencia obstétrica en mi primer parto, descubrí *El Parto es Nuestro*, me asocié y pasé a formar parte activa de la asociación como voluntaria. Junto con otras dos socias que residían en mi ciudad, abrimos un grupo local de la asociación en Castelló de la Plana en el año 2012, del que soy coordinadora desde esa fecha. Por tanto, es desde mi experiencia personal y desde mi activismo desde donde he desarrollado mi trabajo de fin de máster.

En la presentación que consta en su web, *El Parto es Nuestro* (EPEN) se define como una asociación sin ánimo de lucro y feminista. La asociación nació en el año 2003 para prestar apoyo a mujeres que habían sufrido cesáreas y partos traumáticos y proporcionar información basada en la evidencia científica. A raíz de los testimonios que fueron recogiendo, las fundadoras de EPEN decidieron iniciar acciones para reivindicar una mayor respeto y protección hacia los derechos de las madres y sus criaturas, mejorar la atención obstétrica y difundir las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud en la atención al parto, y promover la lactancia materna. En concreto, el principal objetivo de la asociación *El Parto es Nuestro*, según se lee en su página web, es «mejorar las condiciones de atención a madres e hijos durante el embarazo, parto y postparto en España»¹.

En su tesis doctoral, la doctora en Antropología Eva Margarita García defiende que el concepto de violencia obstétrica hace referencia a un conjunto de prácticas que degrada, oprime e intimida a las mujeres de distintas maneras dentro de la atención a la salud reproductiva, fundamentalmente en el período del embarazo, parto y postparto. Se trata de «una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, y puede ser tanto física –uso de procedimientos innecesarios en el embarazo y el parto, falta de respeto a los ritmos naturales del parto– como psicológica –infantilización de las mujeres, trato despectivo y humillante, insultos y vejaciones» (García, 2018, 42).

Aunque las socias compartimos la sensibilidad feminista en mayor o menor medida, muchas de nosotras no teníamos previamente conocimientos teóricos sobre la perspectiva de género en el ámbito sanitario en general y sobre la violencia obstétrica en particular. Este programa formativo viene a cubrir ese déficit, porque consideramos que tener más conocimientos puede contribuir a incrementar exponencialmente los logros de la asociación, a dignificar y a legitimar las demandas del activismo social por

¹ Página web de *El Parto es Nuestro*: <https://www.elpartoesnuestro.es/>. Fecha de consulta: 27.6.2022.

el parto respetado y a aumentar la efectividad y el alcance de las acciones que se están llevando a cabo para sensibilizar a la sociedad. Además, este trabajo permitirá dar cumplimiento a la legislación en materia de formación del voluntariado que desarrollaremos en el marco normativo.

Para comprender cómo se ha llegado a la configuración actual de la asociación, es necesario echar la vista unos veinte años atrás. Un artículo de Stella Villarrea, Ibone Olza y Adela Recio (2015) explica que el germen de EPEN surgió en julio de 2001, cuando dos madres que habían sufrido violencia obstétrica (la propia Ibone Olza y Meritxell Vila) abrieron el foro de apoyo virtual *Apoyocesáreas*. Muy pronto llegaron al foro otras mujeres que se sentían igualmente traumatizadas por sus partos, tanto vaginales como por cesárea, y desde este punto de partida se fue generando y consolidando la estructura asociativa que EPEN posee a día de hoy.

La asociación es de ámbito estatal y funciona a través de grupos locales repartidos entre capitales de provincia españolas y un par de ellos en Sudamérica. En la actualidad, mantiene 21 grupos locales activos (19 en España, uno en Argentina y uno en Ecuador) y 720 socias. Cada uno de estos grupos locales cuenta con la participación de las socias de la zona, entre quienes normalmente un par de ellas asumen las funciones de coordinación del grupo. Aparte de las coordinadoras de grupo local, existe una figura de soporte a estas socias, que son las coordinadoras nacionales (tres en la actualidad).

La mayoría de las personas que actuamos como coordinadoras de un grupo local compartimos el hecho de haber sufrido violencia obstétrica en nuestros partos y el deseo de evitar que esto les ocurra a más mujeres. En general, la mayoría de las socias llegaron al activismo por el parto respetado por haber experimentado violencia obstétrica en primera persona, cumpliendo la premisa de que el activismo del parto se da con mucha frecuencia como consecuencia de haber tenido un parto traumático (Sawyer y Ayers, 2009).

La principal actividad de los grupos locales es la realización de reuniones de ayuda mutua «madre a madre» que brindan apoyo, asesoramiento e información a las personas asistentes. Estas reuniones se suelen realizar con una periodicidad mensual y en ellas informamos de nuestros derechos como madres y de los derechos de nuestras criaturas antes, durante y después del nacimiento. Además, compartimos experiencias en primera persona y datos objetivos sobre la atención sanitaria perinatal en nuestra zona, y también ofrecemos apoyo emocional para cuando las vivencias no han sido las esperadas. En definitiva, las tareas que desarrolla el grupo local poseen tanto una

vertiente preventiva, informativa y divulgativa, como una orientación asistencial con la acogida y apoyo a víctimas de violencia obstétrica y sus familias.

Además, las socias coordinadoras podemos realizar otras tareas en nuestra área de influencia como establecer relaciones institucionales con las autoridades políticas y sanitarias de la zona, participar en eventos en representación de la asociación u organizarlos, solicitar mejoras en los hospitales y centros sanitarios de nuestra demarcación, etc.

La figura de la socia coordinadora se encuentra definida en el documento *Los grupos locales de El Parto es Nuestro*, el *Manual de grupos locales de El Parto es Nuestro* y la página web <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/asociacion-guia-de-grupos-locales/formacion>. En esta documentación se establece que «los grupos los coordinan una o varias socias y para coordinarlos es necesario cumplir una serie de requisitos, especialmente para poder celebrar reuniones mensuales de madres». Estos requisitos, que pretenden garantizar que las socias que se van a hacer cargo de la coordinación conocen, entienden y comparten el espíritu y la forma de actuación de la asociación, son los siguientes:

1. Ser madre.
2. Llevar al menos un año participando en la vida de la asociación: Workplace, grupos de trabajo o campañas.
3. Completar una formación diseñada y supervisada por las coordinadoras nacionales, que contiene información tanto de la filosofía de la asociación, como de la atención al parto, y de manejo presencial de grupos de mujeres, con el objetivo de que se asimile y transmita adecuadamente el discurso y espíritu de la asociación.
4. Solicitarlo y recibir la aprobación de las coordinadoras nacionales y de la Junta Directiva.
5. Es importante que conozcamos personalmente a la solicitante. Por ello se debe haber acudido a alguna asamblea, encuentro de socias, encuentro de grupos locales, o haberse entrevistado personalmente con las coordinadoras nacionales.
6. Es recomendable haber acudido a alguna reunión de madres antes de empezar a organizarlas personalmente.

Así pues, según se lee en el punto 3, la asociación ha regulado la figura de coordinadora de grupo local y establece que, para serlo, se complete «una formación diseñada y supervisada por las coordinadoras nacionales», entre otros requisitos. No obstante, hasta ahora no se había desarrollado un programa formativo *ad hoc* como el que presentamos y esta era una gran preocupación y una de las máximas prioridades de la Junta Directiva actual. Como única oferta formativa existente en la actualidad, en la

página web de la asociación, bajo el epígrafe «Formación», se agrupan una serie de documentos en PDF, una miscelánea de unos 30 archivos con contenidos relacionados con la historia de la asociación, cuestiones legales o dinamización de reuniones. Además, las coordinadoras de grupo local se comprometen a asistir anualmente a una reunión que suele realizarse en Madrid (el «encuentro de grupos locales» al que se hacía referencia en el punto 5 anterior), lo cual supone un importante esfuerzo a nivel personal y familiar para las personas que forman parte de la asociación de forma altruista. Por tanto, este TFM viene a intentar resolver esa carencia.

En cuanto a los objetivos generales de la asociación, estos se describen en sus estatutos y son los siguientes:

1. Prestar apoyo a las mujeres que han sufrido cesáreas y partos traumáticos.
2. Mejorar la atención materno-infantil en España y promover la desaparición de toda forma de discriminación contra la mujer, fomentando el respeto por parte de la sanidad pública y privada de acuerdo con las recomendaciones de la OMS sobre salud materno-infantil y con los tratados internacionales sobre derechos humanos relacionados con los derechos reproductivos, la procreación, el embarazo, el parto, el nacimiento, el puerperio y la lactancia.
3. Difundir y distribuir información sobre salud reproductiva y atención perinatal en sus aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales.
4. Reducir el número de cesáreas innecesarias y partos traumáticos, mejorando la satisfacción de las madres con respecto a la vivencia del parto.
5. Recuperar el protagonismo de las madres y las familias en el acontecimiento de parto, favoreciendo la percepción del parto por parte de la sociedad en general y de la obstetricia y la clase médica en particular como un proceso fisiológico sano y seguro.
6. Promover los cambios legislativos oportunos.
7. Ofrecer apoyo legal.
8. Promover un cambio en los estudios de matronería para conseguir que sea una especialidad independiente.
9. Favorecer la lactancia materna.

Como no podía ser de otra manera, la formación que planteamos estará alineada con estos objetivos estratégicos, que requieren poseer diferentes tipos de conocimientos y competencias. Así pues, hemos agrupado los conocimientos que se requieren para poder cumplir estos objetivos bajo tres epígrafes, que se corresponderán con las tres sesiones de las que constará la formación:

1. La violencia obstétrica como violencia de género en el ámbito sanitario (objetivos 2, 4, 5 y 9)

2. Herramientas y recursos para prevenir y erradicar la violencia obstétrica (objetivos 2, 3, 6, 7 y 8)
3. Competencias necesarias para ejercer la coordinación de un grupo local (objetivo 1)

Por tanto, dos de las sesiones irán encaminadas a dotar de conocimientos teóricos a las personas voluntarias y una tercera se enfocará en contenidos procedimentales encaminados a realizar una óptima gestión de las reuniones.

Las reuniones de los grupos locales de EPEN responden a la finalidad principal de la asociación: intercambiar información con las mujeres, acompañarlas y apoyarlas tanto antes como después del parto. Tienen una periodicidad mensual y con ellas se pretende generar un espacio para que las mujeres y sus familias se sientan acogidas, para ser informadas y para compartir sus experiencias, lo cual es un motor de empoderamiento importantísimo que tiene como resultado en muchas ocasiones que las madres que han asistido a las reuniones se impliquen a su vez posteriormente en la asociación como voluntarias. Como ponen de manifiesto Alexandra Sawyer y Susan Ayers (2009), el parto es un acontecimiento con un enorme potencial para propiciar el crecimiento personal.

Las reuniones son conducidas por las coordinadoras de cada grupo local, quienes adicionalmente a esta tarea asistencial, pueden realizar otros tipos de acciones como las siguientes:

- Acciones de difusión: publicaciones en la página web, blog y redes sociales.
- Acciones de formación: organización y participación en eventos propios o de otras instituciones: seminarios y congresos, ponencias, mesas redondas, charlas...
- Acciones de sensibilización: llevar las campañas estatales a nivel local.
- Acciones de representación: relaciones institucionales con las autoridades políticas y sanitarias, demandas de mejoras en los hospitales y contacto con los medios de comunicación: aparición en radio y televisión, redacción y emisión de notas de prensa...

En cuanto al perfil de las mujeres que asisten a las reuniones, pueden distinguirse básicamente dos grupos en función de sus intereses: (1) quienes tienen dudas y quieren informarse para sus próximos partos, y (2) quienes quieren compartir sus experiencias de parto, mujeres en la mayoría de ocasiones muy traumatizadas que necesitan

desahogarse en un ambiente acogedor y respetuoso. Por ello, las reuniones tienen como objetivo dos finalidades muy claras:

1. Finalidad informativa: parte de la reunión puede centrarse en ofrecer información sobre la asistencia al embarazo y parto, tanto en general como sobre el área de influencia del grupo local, y esto suele hacerse respondiendo a las preguntas que espontáneamente van planteando las asistentes.
2. Finalidad asistencial: otra parte de la reunión se dedica a acoger, contener y acompañar a las asistentes cuando las experiencias de parto que han tenido no han sido las esperadas mediante una escucha activa, empática y respetuosa.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 Las relaciones de poder dentro del proceso atención-salud-enfermedad

Todas las iniciativas sociales contra la violencia obstétrica tienen en común que promueven la recuperación de la agencia femenina, entendida como la posibilidad y la responsabilidad que tenemos las mujeres de actuar en el mundo, a través de grupos organizados de mujeres usuarias del sistema sanitario para mejorar el proceso atención-salud-enfermedad.

Esta responsabilidad es bien conocida desde la propuesta del Colectivo de Mujeres de Boston, cuando afirmaban que «apropiarnos de nuestra salud es una forma de gestionar nuestra vida». Según las mujeres de Boston, el proceso de hablar sobre sus cuerpos y sus experiencias fue crucial: «Al compartir los hechos, aprendimos mucho, pero compartiendo nuestras experiencias personales relacionadas con estos hechos, aprendimos aún más». Así pues, «el proceso de hablar fue tan crucial como los hechos mismos». Analizaron críticamente y con valentía las instituciones que supuestamente tenían que estar a su servicio, constataron el poco o nulo control que tenían sobre sus vidas y sobre sus cuerpos, y salieron del aislamiento para aprender a definir y a exigir, entre todas, lo que necesitaban (Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 1982, 9-12).

En cuanto al papel que tuvo la formación en este proceso de empoderamiento, las propias mujeres de Boston ya afirmaban con rotundidad su relevancia poniendo el foco sobre sus resultados:

Cada respuesta individual ante la información es válida y útil. Y al participar en las respuestas se puede desarrollar una base desde la cual criticar lo que dicen los expertos. [...] El segundo resultado importante [...] es que estamos mejor preparadas para evaluar las instituciones que deberían cubrir nuestras necesidades sanitarias tales como hospitales, clínicas, médicos, escuelas de medicina, escuelas de enfermeras, departamentos de salud pública, el seguro social... (Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 1982, 11).

Así pues, los grupos de mujeres, organizados a través de asociaciones de usuarias del sistema sanitario, vienen teniendo una gran influencia, a través de la recuperación de la agencia femenina, en la reforma del proceso atención-salud-enfermedad en general y del sistema ginecoobstétrico en particular. Como afirman Stella Villarmeá, Ibone Olza y Adela Recio (2015), «el activismo social logra cambios conceptuales, biográficos y colectivos y es un acto profundamente político que sirve para transformar el imaginario social y para potenciar los modelos de responsabilidad compartida que mejoran las

condiciones de participación en la práctica médica y el proceso atención-salud-enfermedad». Además, como apunta Thais Brandão, hay que seguir insistiendo sobre la importancia de informar a las mujeres de que tienen un papel central a la hora de cambiar los cuidados perinatales (Brandão et al., 2018, 6).

2.2 El papel de los grupos de ayuda mutua

Si aplicamos la terminología utilizada por Josep Canals en su tesis doctoral sobre grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas (2002), *El Parto es Nuestro* es una asociación de salud (AS) que está conformada a su vez por grupos de ayuda mutua (GAM), y tiene la peculiar y definitoria característica de que las personas que ayudan y las que reciben la ayuda comparten una visión y una vivencia común del mismo problema. Canals (2002, 67-68) realiza una clasificación de grupos de ayuda mutua que le sirve para distinguir tres situaciones genéricas: grupos de personas afectadas por enfermedades crónicas o de larga duración y por trastornos congénitos, grupos de personas con adicciones y grupos de personas con situaciones de difícil asimilación.

Siguiendo esta clasificación, los grupos locales de EPEN son grupos de personas que han experimentado una situación de difícil asimilación, en concreto mujeres-madres directamente afectadas por la violencia obstétrica. Más específicamente, son lo que se conoce como «grupos de apoyo madre a madre» (en inglés, *mother-to-mother support groups*), en los que –por definición– las reuniones no están dirigidas por una persona externa a la experiencia del grupo, sino por una coordinadora que necesariamente ha pasado por una experiencia similar a la que las personas asistentes han experimentado.

Josep Canals (2002, 67-68) aporta otra clasificación de los grupos de ayuda mutua en función de sus objetivos y de las actividades que se desarrollan, que distingue entre grupos para el intercambio de información y experiencias, grupos para realizar actividades de relación social o de tipo recreativo, grupos enfocados a la creación y prestación de servicios, grupos de presión social y grupos de apoyo emocional.

Los grupos locales de EPEN combinan el apoyo emocional con el intercambio de información y experiencias, lo cual requiere «la adquisición y desarrollo de conocimientos y habilidades útiles para manejar la situación que se vive» (Canals, 2002, 67-68), teniendo en cuenta además que «la actividad voluntaria tiene frecuentemente una dimensión psicoterapéutica para quienes la practican» (Canals, 2002, 96). En este sentido, las mujeres de Boston (1982, 11) también afirmaban que «la ayuda mutua

facilita la evolución». Además, los grupos comparten el objetivo de ejercer presión social en tanto que contribuyen a visibilizar el fenómeno de la violencia obstétrica y son el canal que permiten trasladar y aplicar a nivel local las iniciativas y campañas que promueve la asociación a nivel nacional.

3. ESTADO DE LA CUESTIÓN

La OMS, en su *Declaración para la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud* (2014), defiende que «todas las mujeres tienen el 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». En este mismo documento, también se alerta de que las investigaciones producidas a nivel mundial sobre esta temática plantean un panorama alarmante. En palabras de la propia OMS,

En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación (OMS, 2014, 1).

La OMS considera que la erradicación del maltrato y la falta de respeto en el parto podrá lograrse solamente mediante un proceso inclusivo en el que participen las propias mujeres, y para ello resulta imprescindible su formación. Así pues, como remarca la profesora e investigadora Desirée Mena, «la educación es un aspecto fundamental para acabar con la normalización de la violencia obstétrica en la sociedad; aborda el problema desde la raíz y evolucionará hasta que se respeten los derechos de las mujeres» (Mena et al., 2022, 6).

Aunque a día de hoy todavía resulta difícil su identificación y visibilización, estudios recientes indican que dos de cada tres mujeres perciben haber sufrido violencia obstétrica durante su parto en el sistema sanitario español (Martínez Galiano et al., 2021). Este porcentaje se sitúa en un 38,3% según las investigaciones de Desirée Mena (2020), quien añade además que un 44,4% de las mujeres encuestadas percibió haber sido objeto de procedimientos innecesarios y/o dolorosos, y a un 83,4% no se le solicitó su consentimiento informado. Como se concluye en su estudio, en la actualidad nuestro país tiene un grave problema de salud pública y de respeto a los derechos humanos en relación con la violencia obstétrica. Javier Rodríguez Mir y Alejandra Martínez Gandolfi (2021, 211) remarcan que «la invisibilidad de estas prácticas no responde a bajas tasas de incidencia», así que serán necesarios muchos más estudios para poder determinar con mayor exactitud la magnitud de la violencia obstétrica en la actualidad tanto a nivel del Estado español como a nivel mundial.

Desde el activismo feminista, diversas asociaciones y entidades están luchando desde hace décadas para visibilizar y denunciar la existencia de la violencia obstétrica en el

ámbito sanitario, de las cuales la más relevante es *El Parto es Nuestro*. Estos colectivos, que inciden en el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres,

[...] han contribuido a hacer visible la situación del parto y nacimiento en España, a abrir el espacio argumental para que en el campo de la obstetricia puedan surgir debates que son técnicamente controversias y a implementar cambios legales, sociales y políticos de gran alcance dentro de su propio contexto (Villarme, Olza y Recio, 2015, 157).

Esta misma idea es reforzada por Silvia Bellón (2015), quien considera que han sido las activistas por el parto respetado y algunos trabajos académicos en distintas partes del mundo quienes han empezado a usar el concepto de *violencia obstétrica* como una forma de denunciar no solo protocolos hospitalarios que incumplen algunas de las recomendaciones de salud vigentes, sino también la violencia que hay implícita en muchas de estas actuaciones.

Por último, la motivación que nace de haber sufrido una mala experiencia es muy poderosa, y el hecho de implicarse en un programa formativo supone una responsabilidad que puede contribuir a incrementar el compromiso de las voluntarias y su identificación con los objetivos de la asociación. Si las socias se sienten más involucradas en la asociación, estarán más predispuestas a llevar a cabo nuevas iniciativas. Estas iniciativas tienen además a su vez el potencial de atraer a nuevas socias, lo cual supone un incremento en el presupuesto monetario de la asociación, pero sobre todo de activo humano, de un trabajo voluntario muy valioso. Al mismo tiempo, la capacidad de acción social de las asociaciones de salud está muy ligada al reconocimiento público que estas obtienen (Canals, 2002, 91), un reconocimiento al que puede contribuir el hecho de que sus socias estén adecuadamente formadas.

4. MARCO NORMATIVO

En este apartado vamos a recoger la legislación que afecta, por un lado, a la formación del voluntariado; y por otro lado a la violencia obstétrica como violencia de género. La normativa que tipifica la violencia obstétrica como violencia de género es el fruto de un arduo camino de lucha por parte de los colectivos de mujeres que llevan décadas denunciando estos abusos desde el activismo social y jurídico.

Somos conscientes de que el alcance temporal de este trabajo y la actualidad de la temática, que está en el centro de muchos debates en estos momentos, nos permitirá llegar hasta un cierto punto que requerirá una actualización constante a través de las últimas novedades normativas generadas.

4.1 Marco normativo sobre formación del voluntariado

Existen una serie de requisitos sobre la formación de personas voluntarias que debe cumplir toda asociación. La formación a las personas voluntarias se encuentra reflejada en la Ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado, donde se especifica el derecho de la persona voluntaria a recibir formación (artículo 10, apartado *b*). Además, el artículo 12 apartado *e*) afirma que la relación entre la entidad y la persona voluntaria se hará a través de la suscripción de un acuerdo de incorporación que, entre otros contenidos, deberá reflejar la formación que se requiere para el cumplimiento de las funciones que tengan asignadas las personas voluntarias. En el artículo 14, punto 2, apartado *f*) se consigna que las entidades de voluntariado están obligadas a proporcionar a las personas voluntarias, *de manera regular y de acuerdo con sus condiciones personales*, la formación necesaria, tanto básica como específica, para el correcto desarrollo de sus actividades (la cursiva es nuestra).

La Ley 45/2015 de Voluntariado, en su artículo 6, establece una clasificación de ámbitos de actuación del voluntariado que distingue entre voluntariado social, voluntariado internacional de cooperación para el desarrollo, voluntariado ambiental, voluntariado cultural, voluntariado deportivo, voluntariado educativo, voluntariado sociosanitario, voluntariado de ocio y tiempo libre, voluntariado comunitario y voluntariado de protección civil. Según esta clasificación, *El Parto es Nuestro* desarrolla sus actividades en el ámbito del voluntariado social frente a situaciones de vulneración, privación o falta de derechos u oportunidades para alcanzar una mejor calidad de vida y justicia social. Además, a causa del contexto en el que se produce principalmente la violencia

obstétrica, también comparte características del voluntariado sociosanitario en el sentido de que promueve la prevención de dicha violencia y la mejora de la asistencia sanitaria en los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres, ofreciendo apoyo y orientación a las propias mujeres y a sus familias cuando han vivido una experiencia traumática.

4.2 Marco normativo de la violencia de género

En el marco normativo sobre la violencia de género, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (en inglés, *Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women*, CEDAW) se considera el documento jurídico internacional más importante en la historia de la lucha sobre todas las formas de discriminación de las mujeres. La Convención CEDAW es un tratado internacional que adoptó en 1979 la Asamblea General de las Naciones Unidas y ha sido ratificado hasta la actualidad por 189 estados. En 1992, el Comité CEDAW (que es el encargado de vigilar el cumplimiento de la Convención) declaró que la violencia contra las mujeres es una forma de discriminación dirigida contra las mujeres por el hecho de serlo y un atentado contra sus derechos humanos y libertades fundamentales (ONU, 1993).

Otros antecedentes de la legislación sobre violencia de género los encontramos en diversas conferencias y tratados internacionales, entre los que destacan la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, un hito en el que se explicitó que, a pesar de lo acontecido desde la Declaración de los Derechos Humanos en 1948, estos no habían sido reconocidos para las mujeres. En esta celebración se reconocieron estos derechos de manera expresa. Y, además, en esta línea, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, que en el artículo 1 se define como:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada (ONU, 1993).

Esta acción se suma a las cuatro conferencias mundiales sobre la mujer organizadas por las Naciones Unidas (Ciudad de México, 1975; Copenhague, 1980; Nairobi, 1985 y Beijing, 1995). La Declaración de Beijing fue un importante punto de inflexión porque

supuso el reconocimiento explícito de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres:

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. (ONU, 1995)

En España, tomando como referencia estos antecedentes de ámbito internacional, se aprobó la Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. Esta ley define la violencia de género como aquella que

[...] como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres, se ejerce sobre estas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia [...] y comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad (BOE-A-2004-21760).

No obstante, en lo que atañe a la violencia obstétrica, este fenómeno aún no aparece reflejado, a tenor de la definición recogida, en nuestra normativa legal.

4.3 Los inicios de la legislación internacional sobre violencia obstétrica

En abril de 1985, en Fortaleza (Brasil), la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de Salud y la Oficina Regional para las Américas de la OMS organizaron una conferencia multidisciplinar sobre la atención apropiada para la asistencia al parto, con la asistencia de comadronas, profesionales de distintas ramas (medicina, ginecología y obstetricia, pediatría, epidemiología, sociología, psicología, economía, administración sanitaria) y madres. De este encuentro surgió la Declaración de Fortaleza, que se considera un punto de inflexión que supondría la revisión del modelo biomédico de atención al embarazo y parto, al considerar que la sobremedicalización a la que se había llegado no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada que tuviera en cuenta sus expectativas y necesidades. La declaración reconocía además las diferencias de los modelos médicos existentes entre los distintos países y regiones y consideraba que sus recomendaciones debían adaptarse a cada circunstancia concreta.

Tomando como punto de partida esta declaración, en las décadas posteriores en Sudamérica se empezó a desarrollar legislación que describía y penalizaba la violencia obstétrica. Así, podemos citar el caso de Venezuela, país que fue pionero en tipificarla como delito en 2007. Su Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (artículos 15 y 51) la define así:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

De la misma manera, en Argentina la violencia obstétrica también está claramente definida en su Ley núm. 25.929 de Parto Humanizado (21 de septiembre de 2004), que se desarrolló a través del decreto reglamentario 2035/2015. Además, en la Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres (1 de abril de 2009) se define la violencia obstétrica como:

[...] aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

Más recientemente, diversos países sudamericanos han incluido la violencia obstétrica en sus respectivos marcos legislativos o están en el proceso de hacerlo. Durante el año 2018, lo hicieron Ecuador (Ley orgánica integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres) y Uruguay (Ley 19.580 de violencia hacia las mujeres basada en género) y en la actualidad están en marcha proyectos de ley en otros países de Sudamérica.

4.4 Legislación mundial sobre violencia obstétrica

Además de estas iniciativas legislativas por países, merecen especial atención en el ámbito internacional el informe de la relatora especial de Naciones Unidas «Un 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» (2019). En el informe se analizaban las manifestaciones y causas

de este maltrato y se instaba a los Estados a afrontar este problema desde una perspectiva de derechos humanos.

Por otro lado, en 2020 se produjo una histórica condena² por parte de la ONU a España a partir del caso de una mujer que sufrió violencia obstétrica. Fue la primera vez que un tribunal internacional condenó a nuestro país no solo por la mala praxis, sino también y explícitamente por el maltrato, que una mujer recibió en su parto. El Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW) instó a España a reparar a la víctima por los daños físicos y psicológicos causado y a adoptar políticas públicas para combatir dicha violencia, poniendo de manifiesto que se trata de una situación estructural de la atención sanitaria en España. En un comunicado sin precedentes, la ONU conminaba a nuestro país a que asegurara los derechos de las mujeres a una maternidad sin riesgo y al acceso a una atención obstétrica adecuada.

En el transcurso de la redacción final de este TFM, se ha producido una segunda condena por parte de la ONU contra nuestro país por el caso de una mujer que fue sometida a inducción prematura del parto y cesárea contra su voluntad. Esta segunda condena se ha convertido en otra gran herramienta jurídica que, además, llega para dar más elementos de fuerza para todo lo que queda por hacer.

4.5 Legislación europea sobre violencia obstétrica

En el ámbito europeo, el 1 de agosto de 2014 entró en vigor el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, también conocido como «Convenio de Estambul». Fue el primer instrumento de carácter vinculante en el ámbito europeo en materia de violencia contra las mujeres y está considerado el tratado internacional más completo y de mayor alcance en este ámbito. En él se reconocía la violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos y abordaba dicha violencia a través de medidas dirigidas a su prevención, la protección a las víctimas y el enjuiciamiento de los autores. El Convenio contemplaba como delito todas las formas de violencia contra las mujeres (violencia física, psicológica y sexual), y entre ellas algunas de las formas de violencia que atentaban directamente contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, como la mutilación genital femenina, el aborto y la esterilización forzadas. Se instaba a los Estados a introducir en sus sistemas jurídicos estos delitos y, de esta manera, se

² Comunicado oficial disponible en: https://www.elpartoestuestro.es/sites/default/files/public/blog/cedaw-c-75-d-138-2018_spanish.pdf. Fecha de consulta: 14.6.2022.

abría la puerta a considerar la violencia ginecoobstétrica como una forma más de violencia contra las mujeres en el campo de los derechos sexuales y reproductivos.

Así pues, el Convenio de Estambul asentó las bases para la posterior publicación de la Resolución 2306, de octubre de 2019, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa titulada «Violencia obstétrica y ginecológica», que –aunque no era jurídicamente vinculante–, describía la violencia ginecoobstétrica como «una forma más de violencia hacia las mujeres» y reconocía abiertamente que:

[...] en la intimidad de una consulta médica o parto, las mujeres son víctimas de prácticas violentas o que pueden percibirse como tales. Estas incluyen actos inapropiados o no consensuados, como episiotomías y tactos vaginales llevados a cabo sin consentimiento, presión de fondo o intervenciones dolorosas sin anestesia. El comportamiento sexista en el curso de consultas médicas también ha sido reportado.

Además, en la Resolución del Parlamento Europeo, de 21 de enero de 2021, sobre la estrategia de la Unión para la igualdad de género, se constataba que «la violencia contra las mujeres en todas sus formas [...] constituye una violación de los derechos humanos» y que «la violencia de género en el ámbito sanitario, por ejemplo, la violencia obstétrica y ginecológica, es una forma de violencia que solo ha salido a la luz en los últimos años». A partir de las recomendaciones de esta resolución, la violencia obstétrica se identificaba como «uno de los mayores obstáculos para la consecución de la igualdad de género» (Parlamento Europeo, 2021). Cabe destacar que la resolución apunta hacia la violencia ginecológica en general y no solo hacia la violencia obstétrica en particular, con lo cual se refuerza la idea de que existe un grave problema de salud pública no solo en lo referente a la atención y seguimiento en el proceso de embarazo, parto y postparto, sino en general respecto a la atención sanitaria a lo largo de toda la vida sexual y reproductiva de las mujeres. Las recomendaciones de la resolución subrayan la necesidad de que los servicios de salud sexual y reproductiva y los derechos conexos con estos deben prestarse de conformidad con las directrices de la OMS, con un enfoque basado en la paciente y en los derechos humanos.

4.6 Legislación nacional sobre violencia obstétrica

Como ya hemos visto, la Declaración de Fortaleza (OMS, 1985) se considera un hito fundamental en el movimiento del reconocimiento a los derechos de las mujeres y la necesidad de una atención obstétrica respetuosa o humanizada. La declaración incluía

recomendaciones para evitar prácticas clínicas innecesarias que hasta entonces se estaban practicando de manera sistematizada, y consideraba que tener en cuenta los factores sociales, emocionales y psicológicos de las mujeres era fundamental en ese sentido. La OMS reconocía el derecho de las mujeres a recibir una atención perinatal adecuada y a tener un papel central en todos los procesos de dicha atención, abriendo así las puertas a legislar sobre esta problemática.

En nuestro país, se propuso incluir el concepto de violencia obstétrica en la Ley Orgánica 1/2004 como una forma más de violencia de género, pero las presiones del colectivo médico hicieron que esta propuesta se desestimara. Aunque a mediados de 2021 el Gobierno español anunció la inclusión de la violencia obstétrica en la reforma de la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, el 17 de mayo de 2022 el Consejo de Ministros aprobó el anteproyecto de modificación de esta ley donde el concepto de *violencia obstétrica* brilla por su ausencia. Aunque el capítulo II se dedica a la protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico, se evita la alusión directa y se recomienda «disminuir el intervencionismo, evitando prácticas innecesarias e inadecuadas que no estén avaladas por la evidencia científica».

4.7 Legislación autonómica sobre violencia obstétrica

Cataluña fue la comunidad autónoma pionera en nuestro Estado en describir ampliamente y tipificar la violencia obstétrica como una forma de violencia machista en su Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista en Cataluña, y la define así:

Violencia obstétrica y vulneración de derechos sexuales y reproductivos: consiste en impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas. Puede afectar a los diferentes ámbitos de la salud física y mental, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y puede impedir o dificultar a las mujeres tomar decisiones sobre sus prácticas y preferencias sexuales, y sobre su reproducción y las condiciones en que se lleva a cabo, de acuerdo con los supuestos incluidos en la legislación sectorial aplicable. Incluye la esterilización forzada, el embarazo forzado, el impedimento de aborto en los supuestos legalmente establecidos y la dificultad para acceder a los métodos anticonceptivos, a los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH, y a los métodos de reproducción asistida, así como las prácticas ginecológicas y obstétricas que no respeten las decisiones, el cuerpo, la salud y los procesos emocionales de la mujer.

El término *violencia obstétrica* ya había sido utilizado y por tanto reconocido en Baleares en la Proposición no de ley sobre la humanización del parto y buenas prácticas obstétricas, aprobada en 2018 [BOPIB núm. 131-23 de febrero de 2018 (7243-7244)]. Esta proposición instaba a los sistemas de salud a organizarse y conducirse de tal manera que garanticen el respeto a los derechos humanos: derecho a la intimidad; derecho a la integridad corporal relacionado con los principios básicos de privacidad, autonomía y dignidad; derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos o degradantes y a recibir los conocimientos científicos más actualizados. Además, en su Ley de Salud 5/2003, Baleares ya recogió explícitamente los derechos de la madre durante el embarazo, parto y posparto.

Algo similar ocurrió en La Rioja, cuando el Pleno del Parlamento aprobó el 15 de marzo de 2022 una Proposición no de ley (10L/PNLP-0286)³ para instar al Gobierno riojano a desarrollar un plan de igualdad referido a las actuaciones en salud, en el que se realice un diagnóstico que identifique los sesgos de género existentes, las desigualdades presentes y las medidas encaminadas a revertirlos, haciendo referencia para ello de manera explícita a la violencia obstétrica en el sistema sanitario de esta comunidad autónoma.

En la Comunidad Valenciana, con fecha de 10 de junio de 2022, se publicó en el DOGV la información pública del Anteproyecto de Ley Valenciana de Igualdad de Género⁴, cuyo artículo 137 se ha denominado «Humanización de la gestación y del parto», y a día de hoy todavía se encuentra en fase de alegaciones. Es reseñable que, al igual que ha ocurrido en la legislación estatal, en este anteproyecto de ley se ha evitado hacer uso del término *violencia obstétrica* y se habla de diferentes «modalidades de parto» y del derecho de la madre a decidir «dentro de las posibilidades asistenciales existentes y siempre que no existan situaciones de urgencia que lo impidan».

A la luz de la legislación analizada cabe señalar que, como en muchas otras cuestiones, en general las legislaciones autonómicas van por delante de la legislación estatal. En las comunidades autónomas, parece claro que la violencia obstétrica es considerada una forma de violencia contra las mujeres en el contexto más amplio de la crítica a los procesos de medicalización de la vida y al modelo biomédico de atención a la salud. En

³ Disponible en: <https://www.parlamento-larioja.org/actividad-parlamentaria/sesiones-parlamentarias/sp-10-203-60-20220317-09-30/sp-10-203-60-20220317-09-30-1>. Fecha de consulta: 30.6.2022.

⁴ El borrador del anteproyecto de Ley Valenciana de Igualdad de Género puede verse en: <https://inclusio.gva.es/documents/610460/359498490/Ley+Valenciana+Igualdad+de+G%C3%A9nero.pdf/6bfd82da-8b2f-0a08-5f81-a41f42f880f7?t=1654843744442>. Fecha de consulta: 30.6.2022.

estos momentos, todavía está por ver si esta misma visión se reflejará en la legislación estatal.

5. VIOLENCIA OBSTÉTRICA, UN TÉRMINO EN CONSTRUCCIÓN

El término *violencia obstétrica* designa una realidad que tiene siglos de antigüedad y que lleva décadas denunciándose. No obstante, en nuestro país la violencia obstétrica ha estado completamente normalizada e invisibilizada hasta fechas muy recientes y está generando intensos debates en la actualidad.

Según María Dolores Ruiz Berdún, matrona y doctora en Historia de la Ciencia (2016, 97), no existe ninguna evidencia escrita del término «violencia obstétrica» en España antes del siglo XX, aunque sí que se ha documentado el uso del concepto en inglés en un texto de 1827 por parte del obstetra James Blundell en los siguientes términos:

Tremendas laceraciones, inversiones del útero, como aquellas que ahora están sobre la mesa, tales son los efectos de la violencia obstétrica, feroz y atroz violencia obstétrica. La violencia obstétrica es un Moloch insaciable y cruento, ante cuyo santuario sangriento se han sacrificado miles, para ser sucedido en años futuros, por aún más víctimas. (Blundell, 1827)

A partir de este uso, el concepto *violencia obstétrica* hace referencia tanto a la violencia física como a la violencia psicológica que se ejerce en el momento del parto. Históricamente, los factores que más han influido en la aparición y desarrollo de este fenómeno han sido la posición subordinada de las mujeres en la sociedad y la institucionalización de los partos en el medio hospitalario. En la actualidad, la legitimidad de la definición del término es todo un campo de batalla que analizaremos en este apartado siguiendo la propuesta de Belén Castrillo.

Belén Castrillo, doctora en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de La Plata (Argentina), distingue entre **definiciones objetivas** de violencia obstétrica (subdividiéndolas entre aquellas impulsadas por instancias legislativas y políticas y las que ha producido y produce la academia) y **definiciones subjetivas** (las producidas por asociaciones de la sociedad civil a partir de las definiciones legales/objetivas mencionadas). La denominación de *definiciones objetivas* apunta a definir un fenómeno social desde perspectivas más amplias que la mera experiencia personal y, como Castrillo remarca, «con objetivas aquí no queremos decir neutrales, sino que utilizamos el término para oponerlas a las subjetivas» (Castrillo, 1996, 45-46).

a) Definiciones objetivas de *violencia obstétrica*

Definiciones objetivas de violencia obstétrica impulsadas desde la legislación

En cuanto a las definiciones objetivas impulsadas por la legislación, la antropóloga Virginia Murialdo considera que la emergencia de la violencia obstétrica en el escenario sociopolítico actual tuvo lugar dentro de un marco legislativo con su tipificación por primera vez como delito (Murialdo, 2019, 132). Este marco legislativo sobre la violencia obstétrica la define como una forma de violencia de género, y esta asimilación incomoda y genera un enorme rechazo entre los colectivos médicos.

En nuestro país, el Gobierno anunció a mediados de 2021 la inclusión de la violencia obstétrica en la reforma de la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, aunque dicha reforma todavía no se ha presentado a día de hoy. Este anuncio generó un encendido debate que dio lugar a posicionamientos diametralmente opuestos. Entre otras muchas reacciones similares, una figura tan relevante como la exministra de Sanidad María Luisa Carcedo aseguró sentirse «ofendida» por el término como sanitaria y como exministra.⁵

En este contexto, la primera institución médica en manifestarse en contra de la consideración de la violencia obstétrica como violencia de género y contra la existencia misma de la violencia obstétrica fue el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos que, en su comunicado del 13 de julio de 2021⁶ garantizaba «la inexistencia de actos violentos en la atención a las pacientes» y consideraba que «cualquier uso del término “violencia” es particularmente ofensivo», entendiendo que los procedimientos obstétricos que puedan considerarse excesivos e inapropiados «serían, en todo caso, acciones basadas en el principio de beneficencia, que buscarían lo mejor para la mujer».

Acto seguido, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), con el precedente de la publicación en 2011 en su Boletín Electrónico Oficial de unas viñetas profundamente ofensivas⁷ hacia las mujeres realizadas por el entonces jefe del Servicio

⁵ Entrevista concedida a Europa Press disponible en: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-carcedo-asegura-sentirse-ofendida-termino-violencia-obstetrica-tanto-sanitaria-exministra-20220319100248.html> [Fecha de consulta: 2.5.2022]

⁶ Comunicado del Consejo General de Colegios de Médicos de 2021 disponible en: https://cgcom.es/noticias/2021/07/21_07_13_violencia_obstetrica [Fecha de consulta: 2.5.2022]

⁷ Más información sobre las viñetas de la SEGO y las diversas reacciones que suscitó su publicación: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/09/19/el-parto-es-nuestro-denuncia-las-vinetas-de-la-gaceta-electronica-de-la-sego-ofrecen-una-imagen-degradante-de-las-mujeres-espanolas> y <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/09/22/las-reacciones-sobre-las-vinetas-de-la-sego> [Fecha de consulta: 2.5.2022]

de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Gandía⁸, emitió en 2021 su propio comunicado al respecto⁹. Calificaban el uso del término como «inapropiado, tendencioso e injusto por su significado jurídico doloso, como intención de causar daño, ánimo de lesionar, empleo de fuerza o amenazas», e instaban a «no confundir en modo alguno la praxis inadecuada con las expectativas de parto no cumplidas». No obstante, en ese mismo manifiesto reconocían que el término ha permitido poner de manifiesto las experiencias desagradables de muchas mujeres y posicionarlo en el debate público.

Este documento tenía ya un antecesor de 2018, otro comunicado¹⁰ de la SEGO donde consideraba la violencia obstétrica «un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado y científicamente inaceptable», en el que *filosofaban* diciendo que «en el parto, cada individuo se enfrenta de forma solitaria a su destino en 10 centímetros de vagina» e instaban a utilizar en su lugar el término «TRATO DESHUMANIZADO durante el parto [sic]», un trato que –siempre según la SEGO, e irónicamente– sus asociados y asociadas «no practican nunca por considerarlo contrario a la práctica médica».

Adicionalmente, el 8 de febrero de 2022, ante las «innecesarias alarmas sociales que contribuyen a erosionar la necesaria confianza médico-paciente, al criminalizar las actuaciones de profesionales que trabajan bajo los principios del rigor científico y de la ética médica», el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos decidió lanzar la campaña «Gestando cuidados»¹¹, compuesta por seis vídeos, para «resaltar el buen hacer médico durante el proceso de embarazo». Asociaciones de usuarias como *El Parto es Nuestro*¹² calificaron la campaña de «negacionista» y denunciaron que distaba muchísimo de la realidad de la atención al parto en nuestro país, especialmente durante la pandemia de COVID-19, cuando los derechos de las madres y sus criaturas se vieron especialmente vulnerados, como ya han puesto de manifiesto diversos estudios como «Parir en tiempos de COVID-19: aumento de la violencia obstétrica durante la pandemia» (París y Gracia, 2021).

⁸ «Igualdad insta a la SEGO a retirar las viñetas por considerar que dañan la imagen de la mujer», diario *El País*, 2011, edición digital disponible en https://elpais.com/sociedad/2011/09/22/actualidad/1316642413_850215.html [Fecha de consulta: 2.5.2022]

⁹ Comunicado de 2021 de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia disponible en: <https://sego.es/> [Fecha de consulta: 2.5.2022]

¹⁰ Comunicado de la SEGO de 2018 disponible en: <https://us18.campaign-archive.com/?e=e52bacb293&u=fbf1db3cf76a76d43c634a0e7&id=5a73a608b8> [Fecha de consulta: 2.5.2022]

¹¹ Campaña «Gestando cuidados» disponible en: https://www.cgcom.es/noticias/2022/02/22_02_08_gestando_cuidados [Fecha de consulta: 2.5.2022]

¹² *El Parto es Nuestro*: «Sobre la campaña “Gestando cuidados”». Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2022/02/09/sobre-la-campana-gestando-cuidados> [Fecha de consulta: 2.5.2022]

Posteriormente, con la inclusión de la violencia obstétrica en la reforma de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva todavía pendiente de concretar, el 8 de marzo de 2022 el Ministerio de Igualdad aprobó el III Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres 2022-2025¹³ en el que considera prioritario elaborar, modificar y aprobar «un amplio paquete normativo que permita [...] luchar contra la violencia en el ámbito sexual y reproductivo y la eliminación de intervenciones ginecológicas y obstétricas inadecuadas o innecesarias». Cabe señalar aquí que, tras las presiones recibidas por parte del colectivo médico a través de los referidos comunicados, en el Plan no se hace referencia explícita al concepto de *violencia obstétrica*, que queda suavizado tras la expresión «intervenciones ginecológicas y obstétricas inadecuadas o innecesarias».

Una notable excepción al posicionamiento de las sociedades médicas y científicas en general la constituyen la Sociedad Catalana de Ginecología y Obstetricia (SCGO) y el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña. Estas entidades emitieron un comunicado conjunto en julio de 2021¹⁴ en el que instaban a superar el rechazo que el término *violencia obstétrica* provoca de entrada a los y las profesionales de la salud para entrar a debatir las cuestiones de fondo. En el seno de la propia SCGO, perteneciente a la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares, se constituyó en febrero de 2022 el Grupo de Trabajo en Violencia Obstétrica y Perspectiva de Género en Salud¹⁵.

El núcleo del grupo de trabajo está constituido principalmente por profesionales del ámbito de la especialidad de obstetricia y ginecología, pero además se incluyen representantes de todas las especialidades sanitarias implicadas en la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres (enfermería, matronería, anestesiología, neonatología, psiquiatría y psicología), conjuntamente con otras disciplinas transversales (trabajo social, antropología, ética, derecho), representación institucional y la participación de la ciudadanía a través de diversas asociaciones y el Observatorio de Violencia Obstétrica.

En el proceso de constitución del grupo de trabajo se debatió intensamente, se votó y finalmente se decidió incluir el *término en disputa* en el nombre del grupo, en palabras de una de las participantes, para «identificarnos a través del concepto de violencia

¹³ Ministerio de Igualdad. 2022. III Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres disponible en:

https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaPlanificacionEvaluacion/docs/PlanesEstrategicos/Plan_Estrategico_2022_2025.pdf [Fecha de consulta: 2.5.2022]

¹⁴ Disponible en: <https://www.comb.cat/upload/Documents/9/3/9316.PDF> [Fecha de consulta: 2.5.2022]

¹⁵ *20 minutos*: «Médicos catalanes reconocen la existencia de la violencia obstétrica y se comprometen a evitarla»: <https://www.20minutos.es/noticia/4780023/0/medicos-catalanes-reconocen-existencia-biolencia-obstetrica-comprometen-evitarla/> [Fecha de consulta: 2.5.2022]

obstétrica, destacando también la importancia de la perspectiva de género en salud» (Brigidi, 2022, 96). No obstante, el grupo dice no perder de vista que el término sigue resultando una referencia incómoda e hiriente para los y las profesionales de la salud, puesto que implica la intencionalidad de las acciones violentas.

Al contrario que ocurre entre la mayoría de sociedades médicas y ginecológicas, que no toleran la denominación de *violencia obstétrica* e incluso niegan su existencia, el posicionamiento del colectivo de matronas es unánime: la Federación de Asociaciones de Matronas Españolas afirma con rotundidad que en España «se ha ejercido, se ejerce y se seguirá ejerciendo violencia obstétrica si no actuamos de forma contundente y firme» en su Manifiesto contra la Violencia Obstétrica en España¹⁶. Las matronas comparten la definición de violencia obstétrica de la OMS y remarcan además que atenta contra la integridad y dignidad de las mujeres y degrada a los y las profesionales que la ejercen porque va contra su propia ética y dignidad.

Definiciones objetivas de violencia obstétrica impulsadas desde la academia

Las definiciones objetivas de violencia obstétrica producidas desde la academia parten de la premisa de que la práctica médica nunca es neutral e invariablemente expresa relaciones de poder. Aunque esta premisa sí que es compartida como punto de partida, unas pocas autoras como Maura Lappeman y Leslie Swartz han argumentado, de forma parecida al CGCOM y la SEGO, que el término *violencia obstétrica* es «perjudicial y violento [hacia los trabajadores y trabajadoras de la salud] y no es útil en los esfuerzos para mejorar o reformar la atención de la maternidad», y han sugerido que se usen en su lugar descripciones menos incendiarias como «maltrato» (Lappeman y Swartz, 2021).

Como contrapunto a esta postura, se han publicado artículos con un título tan elocuente como «Nombrar el silencio y llamar a la atención obstétrica inadecuada *violencia obstétrica* es un paso necesario para el cambio» (Salter et al., 2021)¹⁷, pero quizá el más reseñable de todos sea el publicado por Rachelle Chadwick, quien describe con precisión los peligros que conlleva minimizar la violencia obstétrica (Chadwick, 2021).

¹⁶ Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/2021/07/19/violencia-obstetrica-fame/>

¹⁷ «Nombrar el silencio y llamar a la atención obstétrica inadecuada *violencia obstétrica* es un paso necesario para el cambio» Salter, Cynthia et al. 2021. [«Naming silence and inadequate obstetric care as obstetric violence is a necessary step for change»](#). *Violence Against Women*, 27(8): 1019-1027.

Entre otros puntos, Chadwick señala que definir la violencia obstétrica nunca es un acto neutral, sino que siempre es profundamente cuestionado y político. Además, nombrarla como una forma de violencia estructural implica reconocer que los y las profesionales sanitarios también la padecen y pueden ser víctimas de esa violencia porque es sistémica (Olza, 2015; Sadler et al., 2016). Y, por descontado, la utilización del término ha contribuido al reconocimiento de la dimensión global del problema, como ya han puesto de manifiesto la ONU y la OMS (Simonovic, 2019).

En la actualidad, el término *violencia obstétrica* sigue ofendiendo a los y las profesionales de la salud porque «reconocer que existe violencia obstétrica implica la posibilidad de haberla ejercido» (Ruiz-Berdún et al., 2016, 103), pero lo cierto es que «el término *violencia obstétrica* no está pensado para reconfortar a las profesiones sanitarias, sino para incomodar, con la esperanza de desencadenar una reflexión crítica que pueda transformar las prácticas normalizadas y mejorarlas» (Chadwick, 2021, 7).

b) Definiciones subjetivas de *violencia obstétrica* impulsadas desde el activismo

En cuanto a las definiciones subjetivas que proceden del campo del activismo, estas hacen énfasis en que la definición de lo que constituye o no violencia obstétrica se centre en las percepciones y sensaciones de la mujer embarazada y de parto, su experiencia previa y el conocimiento que tiene de su propio cuerpo, «a partir de una autopercepción de haber sufrido ciertas situaciones que pueden considerarse violentas» (Castrillo, 2016, 58). Así pues, no es tan importante lo que sucede en el parto, sino *cómo se vivencia* lo ocurrido, incluso independientemente del lugar y del grado de intervencionismo. De esta forma, un parto se vive como traumático «si la mujer considera los acontecimientos, las lesiones o los cuidados que ha recibido como angustiosos o perturbadores» (Greenfield et al., 2016, citadas en Leinweber et al., 2022).

Desde el activismo feminista, en nuestro país diversas asociaciones y entidades están luchando desde hace casi un par de décadas para visibilizar y denunciar la existencia de la violencia obstétrica en el ámbito sanitario. Algunas de las más conocidas son la asociación [El Parto es Nuestro](#), el [Observatorio de Violencia Obstétrica](#), [Dona Llum-Associació Catalana per un Part Respectat](#), la [Plataforma Pro Derechos del Nacimiento](#), la asociación [Nacer en Casa](#) o el colectivo [Parir en Libertad](#). Coincidimos plenamente con Belén Castrillo cuando afirma que la mayor –y añadimos más acertada– apuesta de la definición de este tipo de violencia por parte de los colectivos sociales es su visibilización, y por encima de todo, «su institución en un nuevo escenario: *lo violento*»

(Castrillo, 2016, 66). En este sentido, consideramos totalmente legítimo el término *violencia obstétrica* porque responde a los objetivos para los que desde el campo del activismo fue creado. Y, para acabar, queremos remarcar además que ha sido la lucha incansable de estos colectivos la que ha propiciado todos los cambios legislativos que han llevado a considerar la violencia obstétrica como violencia de género que se ejerce contra las mujeres por el hecho de serlo, con el agravante de la especial vulnerabilidad que experimentamos en las circunstancias que rodean a la reproducción.

6. EL PROGRAMA FORMATIVO

El «Programa formativo para prevenir y responder a la violencia obstétrica para personas voluntarias de *El Parto es Nuestro*» está pensado para poder ser cursado a través de Internet y se presentará en el encuentro anual de coordinadoras de grupos locales. Dicha presentación se podrá seguir tanto presencialmente como a distancia. La propuesta formativa consta de tres sesiones que se podrán cursar de manera autónoma, asíncrona y no presencial a través de Internet en un plazo de tiempo flexible. Así pues, el programa que proponemos pretende conseguir que se establezca una formación sistemática, actualizada, de calidad y acorde con las condiciones personales y familiares de las voluntarias de *El Parto es Nuestro* y la realidad de la asociación. Para hacerlo efectivo se cuenta con el visto bueno de la Junta Directiva.

6.1 Ámbito de aplicación

El ámbito de aplicación de la propuesta formativa son los 21 grupos locales en activo (19 en España, uno en Argentina y otro en Ecuador) que posee EPEN en la actualidad. Tendrá carácter voluntario para todas las socias (720) y será obligatorio para aquellas que ejercen o deseen ejercer tareas de coordinación de un grupo local. En la actualidad, hay un total de 33 socias coordinadoras de grupos locales en activo. La propuesta que planteamos parte de las necesidades actuales de la asociación y pretende aprovechar las sinergias existentes para establecer un programa formativo que se consolide en un periodo relativamente breve de tiempo.

6.2 Naturaleza del programa

El proyecto que presentamos es un programa formativo para ser cursado *online* de manera asíncrona y autónoma. Su finalidad es dotar a las coordinadoras de grupos locales de *El Parto es Nuestro* de la información y herramientas necesarias para ejercer de la mejor manera posible las funciones asociadas a su cargo, tanto en la vertiente de prevención de la violencia obstétrica como en la vertiente asistencial a las personas que la han sufrido. La formación está dirigida principalmente a las coordinadoras porque orgánicamente son las responsables de cada grupo local. No obstante, se abrirá a todas las personas que forman parte de la asociación, aunque no tengan tareas de coordinación, porque hacer llegar estos conocimientos al mayor número de personas voluntarias posible redundará siempre en beneficio de los objetivos la asociación.

Teniendo en cuenta las denominaciones de Ezequiel Ander Egg y María José Aguilar (2005), el proyecto se enmarca en el ámbito social. Para implantarlo, se realizará en primer lugar la presentación del programa en la reunión anual de coordinadoras de grupos locales que suele tener lugar todos los años en octubre en Madrid. Esta presentación tendrá una finalidad introductoria y servirá además para que las personas asistentes se familiaricen con el entorno virtual de aprendizaje (Moodle).

Tras la presentación, el grueso del programa formativo está pensado para poder ser realizado de manera autónoma y asíncrona a través de Internet y en un horizonte temporal cómodo y amplio, dado que las personas que formamos parte de la asociación somos voluntarias que colaboramos con EPEN de manera «descentralizada» desde nuestro lugar de residencia y combinando nuestro activismo con nuestras obligaciones laborales y familiares. Consideramos que una plataforma virtual de aprendizaje como Moodle permitirá obtener la flexibilidad que necesitamos para plantear esta acción formativa de una forma realista y eficaz, ajustándose a las circunstancias de cada una de las personas que formamos parte de la asociación.

Además de la presentación inicial, el programa se articulará en tres sesiones formativas de cinco horas de duración aproximada cada una con los siguientes títulos:

1. La violencia obstétrica como violencia de género en el ámbito sanitario
2. Herramientas y recursos para prevenir y erradicar la violencia obstétrica
3. Competencias necesarias para ejercer la coordinación de un grupo local

El programa está íntimamente ligado a los objetivos de la asociación y su planificación estratégica y cuenta con la aprobación de la Junta Directiva de la entidad, y será evaluable tanto en cuanto a sus resultados como al impacto que pueda tener en los diferentes niveles de la entidad.

6.3 Finalidad del programa formativo

La finalidad del programa formativo es dotar de información y herramientas a las personas voluntarias de *El Parto es Nuestro*, especialmente a las que ejercen tareas de coordinación, para cumplir de la mejor manera posible sus funciones.

Consideramos que a través de esta formación se pueden mejorar la capacidad de respuesta de estas personas ante la violencia obstétrica, y además se puede contribuir a prevenirla y a minimizar sus secuelas.

6.4 Objetivos del programa formativo

6.4.1 Objetivos principales

- a) Dotar a las personas voluntarias, y especialmente a las que realicen tareas de coordinación, de los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para desarrollar el voluntariado en la asociación de la forma más efectiva posible.
- b) Fomentar que las personas voluntarias sean agentes de cambio en la sociedad.

6.4.2 Objetivos específicos

- a) Aprovechar las experiencias, conocimientos, habilidades y vivencias personales para ayudar a otras mujeres.
- b) Aumentar el compromiso hacia la misión de la asociación y hacia la propia entidad, propiciando una participación consciente y activa en ella.
- c) Acabar con los mitos y tabúes que se han construido históricamente sobre los procesos sexuales y reproductivos femeninos que han sustentado un falso imaginario de la atención a estos procesos.

6.5 Metas del programa formativo

- a) Que todas las personas voluntarias de *El Parto es Nuestro* tengan conocimiento de este programa formativo con la intención de que pueda llegar al máximo número de personas posible.
- b) Que se desarrolle entre las personas socias la conciencia de que una mayor formación contribuirá a conseguir los objetivos que persigue la asociación.
- c) Que los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres se entiendan desde una dimensión positiva, respetuosa, fisiológica y saludable.
- d) Que se garantice, en todo momento y situación, una atención digna a estos procesos.

6.6 Personas beneficiarias

Las personas beneficiarias del programa formativo serán todas las personas voluntarias de la asociación *El Parto es Nuestro* en general (720 personas) y las coordinadoras en particular (33 personas). El programa formativo será voluntario excepto para aquellas personas que ya estén ejerciendo como coordinadoras en activo o que deseen ser coordinadoras de un grupo local de la asociación, para quienes su realización será obligatoria.

Las madres y futuras madres que asisten a las reuniones de *El Parto es Nuestro*, así como sus familias, también se beneficiarán indirectamente de la formación que reciban las socias.

6.7 Localización

Dadas las características de la asociación, este proyecto está preparado para implementarse a través de Internet en la plataforma de aprendizaje en línea Moodle (<https://moodle.org/>).

6.8 Calendario

Para que el proyecto responda a las necesidades reales de la asociación, no se plantea un calendario concreto, sino que las personas interesadas podrán cursar la formación de manera autónoma y asíncrona en el momento que estimen más conveniente con un horizonte temporal flexible.

Las personas que ya son coordinadoras en activo tendrán un plazo de doce meses para cursar la formación. Las personas que deseen ejercer como coordinadoras tendrán que realizar la formación como requisito previo a su incorporación. Las coordinadoras nacionales serán las encargadas de supervisar que se ha cursado la formación.

Tabla 1. Propuesta de calendario para cursar el programa formativo

Octubre	Presentación del proyecto en la reunión anual de coordinadoras de grupos locales
Noviembre	Primera parte: la violencia obstétrica como violencia de género en el ámbito sanitario
Diciembre	Primera parte: la violencia obstétrica como violencia de género en el ámbito sanitario
Enero	Primera parte: la violencia obstétrica como violencia de género en el ámbito sanitario
Febrero	Segunda parte: herramientas y recursos para prevenir y erradicar la violencia obstétrica
Marzo	Segunda parte: herramientas y recursos para prevenir y erradicar la violencia obstétrica
Abril	Segunda parte: herramientas y recursos para prevenir y erradicar la violencia obstétrica
Mayo	Tercera parte: competencias necesarias para la coordinación de un grupo local
Junio	Tercera parte: competencias necesarias para la coordinación de un grupo local
Julio	Tercera parte: competencias necesarias para la coordinación de un grupo local

6.9 Prerrequisitos

Los prerrequisitos básicos para implementar el programa formativo son tres: en primer lugar, la disposición de la Junta Directiva y de las coordinadoras nacionales a creer firmemente en la importancia de formar a las socias sobre estas materias, convicción con la que ya contamos de partida.

En segundo lugar, la implicación de las coordinadoras de los grupos locales en activo, y del resto de personas voluntarias en general, para participar activamente en la formación.

El tercer prerrequisito es poder abordar la financiación económica necesaria para el proyecto, que se cubrirá a través de las ayudas que recibe la asociación.

6.10 Información y orientación

Respecto a cómo se va a informar y orientar acerca del programa formativo a todas las personas que forman parte de la asociación, hemos planteado hacerlo en tres fases consecutivas:

- a) Información y orientación a la Junta Directiva y coordinadoras nacionales de la asociación sobre las características del proyecto.
- b) Información y orientación a las coordinadoras de los grupos locales en activo sobre la puesta en funcionamiento del proyecto y la necesidad de su implicación.
- c) Información y orientación a las personas socias en general sobre la existencia del programa formativo, junto con la recomendación de cursarlo, a través de las vías de comunicación internas de la asociación (Workplace y blog interno).

6.12 Evaluación

La evaluación de la eficacia del programa formativo y de la satisfacción con el mismo de las personas que lo hayan cursado se llevará a cabo de la siguiente manera:

- a) Se realizará una encuesta autoevaluativa de conocimientos por cada sesión formativa. Se llevará a cabo al terminar cada sesión sesión para asegurar que se han asimilado correctamente los contenidos.
- b) Unos días después de terminar la última sesión formativa de las tres que componen el programa, se remitirá una encuesta de satisfacción general con el programa formativo.
- c) En la reunión anual de coordinadoras de *El Parto es Nuestro* se dedicará una sesión a reflexionar sobre el programa formativo y a compartir las impresiones de quienes ya lo han cursado.
- d) En la asamblea anual de *El Parto es Nuestro* se presentará el programa formativo y se expondrán los resultados del mismo.
- e) Al final del curso académico, se realizará un análisis coste-beneficio para conocer la cantidad de dinero invertida en cada alumna mediante la siguiente fórmula:

Inversión + costes de funcionamiento

Número de personas beneficiarias

7. PRESUPUESTO

Aunque nuestra propuesta compartirá el carácter voluntario y gratuito de todo el trabajo que se realiza en la asociación, consideramos que hay unos mínimos gastos que deben ser cubiertos:

- Gastos de alojamiento y desplazamiento de la persona responsable del proyecto formativo para presentarlo en la reunión anual de coordinadoras de grupos locales: 350 euros.
- Gastos de alojamiento del curso en la plataforma Moodle: 110 euros.

TOTAL: El coste total del proyecto es de 460 euros.

8. SESIONES FORMATIVAS

8.1 Presentación de las sesiones

En este apartado desarrollaremos, en líneas generales, los temas y las actividades propuestos para cada una de las sesiones formativas. La metodología que hemos seguido para presentar las líneas de trabajo de las sesiones consta de tres secciones: (1) introducción, donde se realiza un breve análisis de la temática, qué trataremos y por qué; (2) objetivos, que recoge cuál es la finalidad que persigue la sesión formativa en cuestión y (3) actividades, que pretende concretar qué tareas se realizarán para garantizar la correcta asimilación de los contenidos.

Se crearán tres sesiones formativas diferentes:

1. La violencia obstétrica como violencia de género en el ámbito sanitario: en qué consiste y por qué se produce, estado actual de la cuestión, posicionamientos y debates más recientes en nuestro país...
2. Herramientas y recursos para prevenir y erradicar la violencia obstétrica: legislación; datos, guías y recomendaciones sanitarias; evidencia científica más reciente...
3. Competencias necesarias para ejercer la coordinación de un grupo local siguiendo la metodología *mother-to-mother support*: escucha activa, acompañar desde el empoderamiento, dinamización de reuniones...

Cada sesión formativa requerirá de cinco horas de dedicación y constará de:

- Un vídeo (máximo una hora de duración), o varios vídeos más breves.
- Materiales en formato PDF (máximo 10 páginas).
- Una presentación en Power Point que resuma las ideas fundamentales del PDF.
- Material complementario que puede consistir en el visionado de un documental, la escucha de un podcast, la lectura de manuales o guías oficiales, etc. (máximo una hora de dedicación).
- Un cuestionario de autoevaluación.

En relación con los materiales que utilizaremos para llevar a cabo las sesiones formativas, estos responden a la necesidad de ser cursados íntegramente en línea y presentan una diversidad de contenidos y formatos para estimular el aprendizaje y convertirlo en un proceso más rico y motivador. En particular, pretenden integrar los contenidos audiovisuales más actuales, como el formato de vídeo o podcast, con otros

formatos más tradicionales. Por tanto, un ordenador con acceso a Internet es imprescindible para llevar a cabo el programa formativo. En particular, daremos a conocer contenidos de acceso libre y trabajaremos a partir de plataformas como YouTube y diversas páginas como la del documental interactivo «Parir en el siglo XXI», <https://lab.rtve.es/webdocs/parto-respetado/>

8.2 Planteamientos para las sesiones formativas

8.2.1 Sesión 1: la violencia obstétrica como violencia de género en el ámbito sanitario

Introducción

Esta sesión pretende profundizar en el fenómeno de la violencia obstétrica, cuya existencia es la razón de ser de la asociación *El Parto es Nuestro*. Se identificará la violencia obstétrica como una forma específica de violencia de género que conlleva la apropiación de los cuerpos de las mujeres y el control de su capacidad reproductiva y su sexualidad, siguiendo la tesis de Eva Margarita García, quien pone de manifiesto que la violencia obstétrica, en tanto que violencia de género, es una forma de control social: «Sigue el patrón de subordinación de las mujeres y de dominación de lo masculino, en paralelo con el patrón de subordinación del paciente y de dominación del profesional de la salud. Se trata, por tanto, de una doble dominación y una doble subordinación, con lo que las mujeres se encuentran doblemente desprotegidas» (García, 2018, 60-61).

Se incidirá, además, en que se trata de un fenómeno multifactorial que se produce en la intersección entre la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud revelada en las prácticas que son habituales en las instituciones sanitarias. Se profundizará en la diversidad de factores históricos y antropológicos que la explican desde la antropología de la medicina y la antropología del nacimiento, a partir del estudio del sexismo y el androcentrismo en la medicina.

A continuación, se pondrá el foco en las relaciones de poder que se establecen en la asistencia al parto, a partir de los conceptos de *biopoder* de Michelle Foucault y de *conocimiento autorizado* de Brigitte Jordan. Estas relaciones de poder son las que determinan el control de la reproducción y sexualidad de las mujeres, y por extensión de sus criaturas, para mantenerlas en subordinación respecto al orden dominante, lo cual explicaron desde la teoría de la alianza Claude Lévi-Strauss y Simone de Beauvoir.

Acto seguido, se planteará la dicotomía «parto tecnomedicalizado» versus «parto humanizado» en el contexto occidental y se explicará el proceso de progresiva toma de consciencia que llevó del fomento de la humanización de la atención obstétrica al reconocimiento de la violencia obstétrica.

Finalmente, se explicará en detalle en qué consiste y qué tipos de actuaciones son consideradas violencia obstétrica, tanto a nivel individual como estructural y de políticas sanitarias, y los diferentes grados de intensidad que esta puede adoptar. Para acabar, se definirá qué se considera una experiencia de parto positiva y una experiencia de parto traumática y cuáles son sus consecuencias.

Objetivos de la sesión

Mediante esta sesión formativa se pretende introducir la perspectiva de género en las actividades científicas y sanitarias en general, y en el campo de la ginecología y la obstetricia en particular. Además, se analizarán las diversas problemáticas que confluyen en los modelos culturales de embarazo y parto: la naturaleza social del proceso reproductivo, el control del proceso reproductivo, la conceptualización dicotómica del proceso reproductivo y la definición de la violencia obstétrica en contraposición a una experiencia de parto positiva y centrada en la experiencia de las mujeres.

Actividades

1. Visionado del vídeo de la conferencia «La violencia obstétrica en España» de Desirée Mena Tudela en el II Seminario Internacional sobre Violencia Obstétrica (Universitat Jaume I, 2021) (40 minutos de duración): <https://youtu.be/te-O3vWzEnw>
2. Materiales en formato PDF (máximo 10 páginas)
3. Una presentación en Power Point que resume las ideas fundamentales del PDF
4. Material complementario: podcast «Hablar de ello» de la serie de podcasts generados en el contexto del documental interactivo *Parir en el siglo XXI* (40 minutos de duración): <https://www.rtve.es/play/audios/parir-en-el-siglo-xxi-el-podcast/parir-siglo-21-podcast-hablar-ello/6465557/>
5. Cuestionario de autoevaluación

8.2.2 Sesión 2: herramientas y recursos para prevenir y erradicar la violencia obstétrica

Introducción

La violencia obstétrica es un atentado contra los derechos de humanos de las mujeres, partiendo de la base de que la salud sexual y reproductiva es «una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales» (Belli, 2013, 30). Además, la violencia obstétrica constituye una violación de los derechos humanos tanto como manifestación de la violencia de género como desde el enfoque de un derecho a la salud como derecho humano.

El paradigma predominante de tecnificación y medicalización en la atención institucionalizada del parto ve a la mujer como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho. Ante esta constatación, el concepto de atención humanizada al nacimiento se fue incorporando como «aquella que sitúa a la mujer en el centro de la atención, le facilita apoyo emocional y basa la práctica clínica en la evidencia más actualizada, reconociendo el conocimiento científico sólido también como un componente esencial de la atención humanizada al nacimiento» (Biurrun y Goberna, 2013, 65).

Por este motivo, esta sesión se centrará en aportar los conocimientos necesarios sobre nuestros derechos, y los de nuestros hijos e hijas, como usuarias del sistema sanitario y se complementará con las guías y recomendaciones oficiales más recientes sobre la atención al parto y el postparto, tanto en España como a nivel internacional, en la línea del documento de recomendaciones de la OMS *Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva* (2019). Este documento define una experiencia de parto positiva como:

[...] aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previstas de la mujer y se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y parto fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales mediante la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o se desean intervenciones médicas (OMS, 2019, 1).

Objetivos de la sesión

Los objetivos de esta sesión son dos: por un lado, dotar a las personas voluntarias de los conocimientos sobre los derechos que nos asisten como usuarias del sistema sanitario, y en particular el derecho a recibir una atención ginecoobstétrica respetuosa que permita tener una experiencia positiva del parto. Por otro lado, se pretende contribuir

a acabar con los mitos y tabúes que se han construido históricamente sobre los procesos sexuales y reproductivos femeninos, que han sustentado un falso imaginario de la atención a esos procesos, en base a la evidencia científica más reciente.

Actividades

1. Visionado de 5 vídeos del canal de YouTube EPEN de la lista de reproducción «Derechos en el parto: conceptos básicos», de entre 10 y 15 minutos de duración cada uno, titulados «Conceptos básicos», «Consentimiento informado», «La mujer embarazada no es una enferma», «Reclamaciones y agradecimientos» y «Protección al recién nacido». Enlaces a los vídeos:
 - https://www.youtube.com/watch?v=d32sDmR7ako&t=362s&ab_channel=EIPartoEsNuestro
 - https://www.youtube.com/watch?v=lutL4KTBMQg&ab_channel=EIPartoEsNuestro
 - https://www.youtube.com/watch?v=SFbwnavBez&ab_channel=EIPartoEsNuestro
 - https://www.youtube.com/watch?v=ljRpqknynks&ab_channel=EIPartoEsNuestro
 - https://www.youtube.com/watch?v=8THRm7Rp1ck&ab_channel=EIPartoEsNuestro
2. Materiales en formato PDF (máximo 10 páginas)
3. Una presentación en Power Point que resuma los puntos más importantes de los materiales en PDF
4. Material complementario: guías y recomendaciones oficiales
 - Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Ministerio de Sanidad y Política Social (2010):
<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
 - Estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012):
https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
 - Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014): https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf
 - Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para una experiencia de parto positiva (2018):
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Cuestionario de autoevaluación

8.2.3 Sesión 3: competencias necesarias para ejercer la coordinación de un grupo local

Introducción

Las reuniones de grupos locales de *El Parto es Nuestro* siguen la filosofía de los grupos de ayuda mutua, y más concretamente de los grupos de apoyo madre a madre. En ellas se busca promover una sensación de confianza en un entorno seguro que permita compartir y fomentar la conexión emocional. En los grupos se genera un proceso de apoyo recíproco y empoderamiento a través de la participación activa de las personas asistentes, un empoderamiento que permitirá a las mujeres embarazadas tomar decisiones libres e informadas siendo conocedoras de sus derechos. La formación de la persona que coordina estos encuentros es fundamental para posibilitar este proceso y para asegurar el funcionamiento óptimo de las reuniones.

La sesión se centrará en la metodología de apoyo madre a madre (*mother-to-mother support*). Esta metodología, que ya se emplea desde hace tiempo en grupos de apoyo a la lactancia materna con excelentes resultados, está siendo desarrollada, aplicada al proceso de embarazo, parto y postparto, en el marco de un proyecto europeo. En el proyecto, denominado «Transitioning motherhood, mother2mother support», colaboran *El Parto es Nuestro* y la asociación húngara EMMA, que trabaja por los derechos de las madres y tiene una línea de ayuda para las mujeres que han sufrido algún tipo de experiencia traumática durante el embarazo, parto y postparto.

Las guías ya existentes¹⁸ que siguen esta filosofía definen las características que debe tener un grupo de ayuda mutua madre a madre y las responsabilidades de la persona coordinadora de las reuniones. Entre los consejos prácticos que aportan para facilitar estos encuentros destacan la necesidad de desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal para crear un ambiente en donde las madres encuentren atención y respeto a través de una dinámica participativa.

Objetivos de la sesión

Mediante esta sesión formativa se pretende capacitar a las personas voluntarias para planificar y facilitar las reuniones de grupos locales de la asociación con la mayor

¹⁸ Un ejemplo de manual para personas facilitadoras de reuniones de grupos de apoyo madre a madre, en el campo de la nutrición infantil, es la guía *The Infant & Young Child Nutrition (IYCN) Project*, disponible en http://www.iycn.org/files/IYCN_Mother-to-Mother-Support-Group-Facilitator-Manual_0311.pdf. Fecha de consulta: 27.6.2022.

competencia posible, aportando las habilidades necesarias para su óptimo desarrollo y dinamización.

Actividades

1. Visionado de un vídeo (en preparación)
2. Materiales en formato PDF (máximo 10 páginas)
3. Una presentación en Power Point que resume las ideas fundamentales del PDF
4. Material complementario (en preparación)
5. Cuestionario de autoevaluación

9. BIBLIOGRAFÍA

Ander-Egg, Ezequiel y María José Aguilar (2005). *Cómo elaborar un proyecto*. Buenos Aires: Lumen-Humanitas.

Belli, Laura F. 2013. «La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos». *Revista Redbioética/UNESCO*, año 4, 1 (7), 25-34.

Bellón, Silvia. 2015. «La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica». *Dilemata*, 18: 93-111.

Biurrun, Ainhoa y Josefina Goberna. 2013. «La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de bibliografía». *Matronas Prof.*, 14 (2): 62-66.

Blundell, James. 1827. «Lectures on the theory and practice of midwifery». *The Lancet*, vol. 9, núm. 222, 329-335.

Brandão, Thais, et al. 2018. «Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador». *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 143.1, 84-88.

Brigidi, Serena. 2022. «Estratificación obstétrica interseccional». *Revista Contextos d'Antropologia i Investigació Social*, 10: 93-113.

Canals, Josep. *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado de Bienestar*. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili. 2002.

Castrillo, Belén. 2016. «Dime quién lo define y te diré si es violento». *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 24: 46-68.

Chadwick, Rachelle. 2021. «The dangers of minimizing obstetric violence». *Violence Against Women*, 1-10.

Colectivo del libro de salud de las Mujeres de Boston. 1982. *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Barcelona: Icaria Editorial.

García García, Eva Margarita. *La violencia obstétrica como violencia de género*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. 2018.

Lappeman, Maura y Leslie Swartz. 2021. «How gente must violence against women be in order not to be violent? Rethinking the word “violence” in obstetric settings». *Violence Against Women*, 27: 987-1000.

- Leinweber et al. 2022. «Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: a discussion paper». *Birth*, 00: 1-10.
- Martínez Galiano et al. 2021. «The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: a cross-sectional study». *Women and Birth*, 34.
- Mena, Desirée et al. 2020. «Obstetric violence in Spain (part I): women's perception and interterritorial differences». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 7226.
- Mena, Desirée et al. 2022. «Perception of obstetric violence in a sample of Spanish health sciences students: a cross-sectional study». *Nurse Education Today*, 110.
- Murialdo, Virginia. *La construcción cultural del parto respetado en Madrid*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. 2019.
- París, Sandra y Alba Gracia. 2021. «Parir en tiempos de COVID-19: aumento de la violencia obstétrica durante la pandemia». *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*, 39: 36-44.
- Rodríguez Mir, Javier y Alejandra Martínez Gandolfi. 2021. «La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España». *Gaceta Sanitaria*, 35 (3): 211-212.
- Ruiz Berdún, Dolores et al. 2016. «The past and the present of obstetric violence in Spain». *VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental*: 97-104.
- Salter, Cynthia et al. 2021. «Naming silence and inadequate obstetric care as obstetric violence is a necessary step for change». *Violence Against Women*, 27(8): 1019-1027.
- Sawyer, Alexandra y Susan Ayers. 2009. «Post-traumatic growth in women after childbirth», *Psychology and Health*, 24:4, 457-471.
- Simonovic, Dubravka. 2019. «A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence: note/by the Secretary-General».
- Villarme, Stella, Ibone Olza y Adela Recio. 2015. «El Parto es Nuestro: el impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España». *Dilemata*, 18: 157-183.

NORMATIVA CONSULTADA

Consejo de Europa, Asamblea Parlamentaria. 2019. Resolución 2306 de octubre de 2019, «Violencia obstétrica y ginecológica». Disponible en: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_ES.html. Fecha de consulta: 11.3.2022.

Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana. BOE-A-2015-1239. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2014/12/29/10>. Fecha de consulta: 30.6.2022.

Ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado. BOE-A-2015-11072. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2015/10/14/45/con>. Fecha de consulta: 30.6.2022.

Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista en Cataluña. BOE-A-2021-464. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-464. Fecha de consulta: 15.6.2022.

Ley 19.580 de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género de Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>. Fecha de consulta: 30.6.2022.

Ley 25.929 de Parto Humanizado (21 de septiembre de 2004) de Argentina. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf. Fecha de consulta: 12.3.2022.

Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres (1 de abril de 2009) de Argentina. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>. Fecha de consulta: 11.3.2022.

Ley de Salud 5/2003, de 4 de abril, de les Illes Balears. BOE-A-2003-9336. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-9336-consolidado.pdf>. Fecha de consulta: 30.6.2022.

Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. BOE-A-2004-21760. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2004/12/28/1/con>. Fecha de consulta: 30.6.2022.

Ley orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE-A-2010-3514. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2/con>. Fecha de consulta: 30.6.2022.

Ley orgánica integral 175/2018 para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres de Ecuador. Disponible en: <https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/1008/ley-1752018-ley-organica-integral-prevenir-erradicar-violencia-contra-mujeres>. Fecha de consulta: 30.6.2022.

Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de Venezuela. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Fecha de consulta: 11.3.2022.

Ministerio de Igualdad. 8 de marzo de 2022. III Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres 2022-2025. Disponible en: https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaPlanificacionEvaluacion/docs/PlanesEstrategicos/Plan_Estrategico_2022_2025.pdf. Fecha de consulta: 13.6.2022.

Naciones Unidas. 1995. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Disponible en: https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/CSW/BPA_S_Final_WEB.pdf. Fecha de consulta: 13.3.2022.

Naciones Unidas. 2006. *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer* (AG 61/122/Add.1). Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10742.pdf>. Fecha de consulta: 13.3.2022.

Naciones Unidas, Asamblea General. 1993. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Disponible en: https://violenciagenero.org/sites/default/files/4_normativa.pdf. Fecha de consulta: 13.3.2022.

Naciones Unidas, Asamblea General. 2019. Informe de la relatora especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un 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. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/a_74_137-es.pdf Fecha de consulta: 11.6.2022.

Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). 1992. *Recomendación General n.º 19: La violencia contra la Mujer*. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/5d7fbd535.html>. Fecha de consulta: 13.6.2022.

Organización Mundial de la Salud. 2003. «Informe mundial sobre la violencia y la salud, 2003», Ginebra. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>. Fecha de consulta: 13.6.2022.

Organización Mundial de la Salud. 2014. Declaración para la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/. Fecha de consulta: 13.6.2022.

Organización Mundial de la Salud. 2019. «Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva». Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>. Fecha de consulta: 26.6.2022.

Parlamento Europeo. 2021. Resolución de 21 de enero de 2021 sobre la Estrategia de la Unión para la Igualdad de Género. Disponible en: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0025_ES.html. Fecha de consulta: 11.6.2022.