

UNIVERSITAT JAUME I
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS FEMINISTAS Y DE GÉNERO
*MÁSTER UNIVERSITARIO EN INVESTIGACIÓN APLICADA EN ESTUDIOS
FEMINISTAS, DE GÉNERO Y CIUDADANÍA*



**LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA
COMO VIOLENCIA DE GÉNERO**
**Una mirada feminista
a la situación en España**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Presentado por:
Eva Margarita García García**

**Dirigido por:
Dora Sales Salvador**

Universitat Jaume I – 2014-2015

Resumen

Cuando la violencia de género, la mala praxis médica y el seguimiento del embarazo y el parto se dan la mano, esto tiene un nombre: violencia obstétrica. Puede ser tanto física (prácticas invasivas y medicalización injustificadas) como psicológica (humillaciones, vejaciones, omisión de información, infantilización). La sexualidad femenina, en todas sus etapas, aparece como instrumento subyugado, como algo de lo que hay que huir por medio de la medicina. Así, se domestica a las mujeres para que teman a su propia naturaleza, patologizando el embarazo y el parto, desposeyéndolas de sus cuerpos, sometiéndolas a un trato deshumanizado y consiguiendo que unos momentos que deberían ser íntimos y especiales se conviertan en situaciones dolorosas y ajenas a su control.

Aunque existen legislaciones específicas contra la violencia obstétrica en otros países, en España no está tipificada como delito, con lo que únicamente en casos de graves secuelas puede denunciarse. Sí que están apareciendo diversas propuestas que intentan mejorar la atención al parto y acercar a las mujeres a autorresponsabilizarse de su propia salud, pero hoy por hoy se quedan demasiadas veces en buenas intenciones, sin llegar a materializarse en nada. De momento, seguimos con unas tasas escalofriantes de intervencionismos en embarazo y parto, muy por encima de lo recomendado por la OMS, lo que deja graves secuelas en miles de mujeres y bebés cada año.

Palabras clave: *violencia obstétrica, violencia de género, derechos humanos, maternidad, salud reproductiva, feminismo*

Abstract

When gender-based violence, medical malpractice and examinations during pregnancy and labour concur, we could name it as obstetric violence. It can be both physical (invasive procedures, unjustified medicalization) and psychological situations (humiliation, harassment, non-disclosure of information, childish treatment). Feminine sexuality becomes a subjugated instrument,

something to be kept away by means of medical practice. Women are trained to be afraid of their own nature, pathologizing pregnancy and labour, alienating their own bodies, infringing dehumanized treatment, turning their supposedly intimate and special moments into painful situations completely out of their control.

Although there are specific legislations against obstetric violence in other countries, this is not classified as a crime in Spain —only punishable when it leads to serious consequences. New initiatives are being developed towards a better labour attention, trying to restore women's own health self-responsibility, but too many times they turn out to be just well intentioned though not very useful solutions. So far, interventionism rates in pregnancy and labour procedures are at the highest levels —far above the WHO recommendations—, leaving enormous consequences for thousands of women and newborns.

Keywords: *obstetric violence, gender-based violence, human rights, motherhood, reproductive health, feminism*

Índice

INTRODUCCIÓN.....	1
I.1. Violencia contra las mujeres y violencia obstétrica	1
I.2. Metodología empleada. ¿Desde dónde hablo?.....	2
Capítulo 1. MULTIPLICIDAD DE VIOLENCIAS Y SUS ÁMBITOS DE APLICACIÓN	5
1.1. Definición de violencia (OMS). El triángulo de la violencia.....	5
1.2. Las violencias contra las mujeres: la violencia de género.....	6
1.3. Qué es la violencia obstétrica: la violencia obstétrica como violencia de género	8
1.4. La violencia obstétrica como forma de control social	10
Capítulo 2. HISTORIA DE LA MEDICALIZACIÓN DEL PARTO Y DE LA APROPIACIÓN DEL CUERPO FEMENINO.....	12
2.1. Los partos hasta el siglo XVI: misterio femenino, curanderas y comadronas	12
2.2. La caza de brujas y la apropiación del cuerpo femenino.....	13
2.3. A partir del siglo XVII: advenimiento de los cirujanos obstetras	15
2.4. Siglos XIX-XX: traslado de los partos de casa al hospital	16
2.5. Por qué se patologiza el parto.....	18
2.6. Los protocolos desactualizados a pesar de la evidencia científica: rituales de parto	19
2.7. La sexualidad femenina como instrumento subyugado: heteronormatividad y paternalismo	20
2.7.1. La menstruación.....	21
2.7.2. El orgasmo femenino	22
2.7.3. Los anticonceptivos.....	22
2.7.4. La menopausia.....	23
Capítulo 3. QUÉ DICEN LAS LEYES	25
3.1. Legislación sobre violencia de género	25
3.2. El reconocimiento legal de la violencia obstétrica	26
3.3. Violencia obstétrica y derechos humanos	28
3.4. Prevención de la violencia obstétrica	29
3.4.1. La Declaración de Fortaleza	30
3.4.2. La Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN)	30
3.4.3. El consentimiento informado y el Plan de Parto.....	31
3.4.4. Los hospitales IHAN.....	33
3.4.5. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio...	33
3.5. Brechas entre las normas jurídicas y su eficacia	34
Capítulo 4. PRÁCTICAS DE RUTINA: PODER SIMBÓLICO SOBRE LAS MUJERES EN EL EMBARAZO Y EL PARTO	35
4.1. Intervenciones innecesarias y excesiva medicalización.....	35
4.2. El embarazo como un proceso de enfermedad: excesivas pruebas, excesivas ecografías, monitorización sin sentido.....	36
4.3. La experiencia de parto institucionalizado: la patologización del parto. El círculo vicioso de la cascada de intervencionismos.....	37

4.3.1. Intervenciones en la admisión: amnioscopia y monitorización	39
4.3.2. Rasurado vaginal y enema.....	41
4.3.3. Vía intravenosa	41
4.3.4. Consumo de comida y bebida.....	42
4.3.5. Tactos vaginales: interviniendo en la dilatación	42
4.3.6. Separación de membranas (maniobra de Hamilton).....	43
4.3.7. Uso de oxitocina sintética.....	43
4.3.8. La anestesia epidural	44
4.3.9. Rotura de la bolsa (amniorrexis)	45
4.3.10. Falta de intimidad, presencia de demasiadas personas: estudiantes, exceso de personal... ..	46
4.3.11. Inmovilización. Posición en decúbito (supina, litotomía) forzada... ..	47
4.3.12. Episiotomía	47
4.3.13. Pujos dirigidos.....	48
4.3.14. Maniobra de Kristeller	48
4.3.15. El parto instrumental	48
4.3.16. Las cesáreas innecesarias. Las cesáreas didácticas.....	49
4.3.17. Separación madre-bebé.....	50
4.4. ¿Por qué necesita el patriarcado que el parto sea doloroso?	51
4.5. Los abortos y su tratamiento físico y emocional.....	52
Capítulo 5. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	53
5.1. Consecuencias físicas en las mujeres	53
5.1.1. La lactancia materna	53
5.1.2. Incontinencia.....	54
5.1.3. Hemorragias.....	54
5.1.4. Desgarros.....	55
5.2. Consecuencias psicológicas	55
5.2.1. Depresión postparto	55
5.2.2. Estrés postraumático.....	56
5.2.3. Secuelas emocionales	56
5.3. Consecuencias en el recién nacido.....	56
5.4. Consecuencias en otros familiares y en el entorno de la víctima.....	57
Capítulo 6. LA HUMANIZACIÓN DEL PARTO COMO REIVINDICACIÓN FEMINISTA.....	58
6.1. ¿Quiénes están implicados en el seguimiento del embarazo y el parto?.....	58
6.2. Aquí el que sabe soy yo: relaciones asimétricas entre las mujeres y los profesionales.....	59
6.3. Las razones que llevan a los profesionales a la violencia obstétrica .	62
6.4. El debate entre partos medicalizados y partos naturales.....	63
6.5. Los partos respetados.....	64
6.5.1. Atención en el embarazo.....	65
6.5.2. Los planes de parto.....	65
6.5.3. Parir en casa	66
6.6. Los nuevos profesionales: parteras en casa, doulas, salus.....	67
6.6.1. El debate doulas-matronas. El “informe doulas”	69
6.7. El derecho a decidir como un derecho sexual.....	69

Capítulo 7. LA SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA	70
7.1. Activismo y asociaciones	70
7.1.1. El Parto Es Nuestro (http://www.elpartoesnuestro.es/)	70
7.1.2. Dona Llum (http://www.donallum.org/)	71
7.1.3. Plataforma Pro Derechos del Nacimiento (http://pdn.pangea.org/) .	72
7.1.4. Criar con Apego (http://criarconapego.com).....	72
7.1.5. Asociación Nacer en Casa (http://www.nacerencasa.org/)	72
7.2. Estrategias del activismo contra la violencia obstétrica.....	73
7.3. Mejoras en la atención sanitaria.....	74
7.4. Estadísticas.....	75
7.4.1. Sanidad pública. Porcentajes.....	75
7.4.2. Sanidad privada. Porcentajes	76
7.4.3. Resumen del sistema nacional de Salud	76
7.4.4. Comparación de las recomendaciones de la OMS y la realidad en España	77
 CONCLUSIONES	 78
 BIBLIOGRAFÍA.....	 81
 Apéndice I. Glosario de términos.....	 87
 Apéndice II. Encuestas con testimonios de violencia obstétrica.....	 91
 Apéndice III. Viñetas de la SEGO: medicina y misoginia.....	 93

INTRODUCCIÓN

I.1. Violencia contra las mujeres y violencia obstétrica

La violencia de género es un lastre social que se da en todas las sociedades, en todos los niveles culturales y en todas las clases sociales, las víctimas sólo lo son por el mero hecho de ser mujeres (Matud 2012:123).

Dentro de los distintos tipos de violencia de género, en los últimos tiempos se está empezando a visibilizar la violencia obstétrica como una forma aberrante más de maltrato a las mujeres y de desempoderamiento absoluto de éstas. Además, en la violencia obstétrica se produce una doble violencia: por el hecho de ser mujeres, y por el hecho de ser pacientes que deben acatar lo que la autoridad —en este caso, el personal sanitario— diga, sin cuestionarse nada. Así, hay una doble vulnerabilidad que hace aún más complicada la legislación de la mala praxis obstétrica, máxime cuando ésta es de índole psicológica, cosa mucho más difícil de demostrar.

La violencia obstétrica es la que ejerce el personal sanitario sobre los cuerpos y los procesos reproductivos de las mujeres, mediante un trato deshumanizado, un abuso de la medicalización y una patologización de los procesos naturales (definición propia). Incluye la violación de la intimidad de las mujeres, accediendo a sus cuerpos sin el consentimiento de éstas, así como la violación del derecho a la información y a la toma de decisiones. Puede dividirse en:

- **Violencia obstétrica física.** Comprende prácticas invasivas y suministro de medicación sin ningún tipo de justificación, así como falta de respeto a los tiempos y ritmos de cada parto.
- **Violencia obstétrica psicológica.** Incluye tratos deshumanizados y groseros, discriminación, humillaciones, insultos, vejaciones, omisión de información, burlas y no dejar a la madre ser partícipe de las diferentes actuaciones del personal médico.

Según más y más mujeres fueron accediendo a la práctica de la etnografía - campo tradicionalmente propio de los varones- se empezó a poner más interés en el estudio de las distintas maneras de parir en el mundo. Así, en sociedades no occidentales, las mujeres pueden moverse libremente en el proceso del parto, cambiar de posición cuando lo deseen o necesiten, siendo un evento de colaboración entre distintos actores: la madre, el bebé y el personal que los atiende, donde cada uno realiza su papel. En Occidente, sin embargo, el parto es percibido como un acto médico, patológico, donde la mujer que está pariendo es básicamente un mero contenedor sin poder de decisión, con las consecuencias nefastas que esto produce, como veremos a continuación.

La violencia obstétrica es una forma de poder, de dominación, un mecanismo de control de la institución médica —de raíces profundamente patriarcales— a las mujeres. Mediante la desposesión de los cuerpos de éstas, su manipulación y disciplina, se refuerzan las relaciones desiguales que subordinan a las mujeres y naturalizan su docilidad y obediencia a la autoridad.

I.2. Metodología empleada. ¿Desde dónde hablo?

Tengo dos hijas y he parido dos veces. La primera, en el hospital. La segunda, en mi domicilio. Las diferencias entre ambos partos fueron abismales. El parto es un proceso íntimo, natural, un acto sexual. ¿Quién quiere realizar un acto sexual en público? ¿Quién quiere realizar un acto sexual en un hospital, que es donde está la enfermedad? ¿Por qué el parto se ha trasladado a un lugar de enfermedad y muerte, si es todo lo contrario?

No he sido víctima de violencia obstétrica. Soy afortunada. Antes de mis dos partos, leí muchísimo y me informé, precisamente porque no quería ser víctima de violencia obstétrica, como sí lo han sido, por desgracia, muchísimas mujeres a mi alrededor: amigas, conocidas, familiares. La violencia obstétrica está por todas partes, normalizada totalmente. «Mi parto no fue lo que esperaba, aún tengo pesadillas, pero al menos el niño está sano», ¡cuántas veces habremos escuchado algo así! Es como decir «me han violado durante seis horas

seguidas, pero mira, al menos estoy viva». Sí, pero... ¿a qué precio? ¿Y el trauma que queda tras la experiencia?

Porque ese trauma no se marcha solo, aunque esté ahogado por otras emociones, aunque queramos sepultarlo en el olvido. Está ahí, esperando el momento menos pensado para salir a la luz, porque los traumas sólo se curan con mucho trabajo. La violencia obstétrica deja una huella que no se va sola.

Desde mi posición como madre, feminista, asesora de lactancia y porteo^{1*}, y activista de distintas causas, un tema que me preocupa recurrentemente no es sólo la violencia de género en general, sino la violencia obstétrica en particular, porque actualmente no hay legislación alguna que la penalice, está totalmente normalizada en un entorno que ha desposeído a las mujeres de tal modo de sus cuerpos que ha conseguido que éstas los teman como a algo ajeno a ellas, y se dejen hacer cualquier cosa con tal de que se pase el parto lo más rápido posible... Esto supone una profunda desconexión con la naturaleza y un total desconocimiento de su funcionamiento, sin olvidar que los primeros días son de vital importancia en el bebé y en su vínculo.

En este trabajo se analiza la violencia obstétrica desde distintas perspectivas, intentando que resulte una aproximación lo más completa posible, dada la extensión permitida. Se basa en tres métodos principales: a) una revisión de los textos existentes, incluyendo páginas web, puesto que al ser aún un tipo de violencia poco visibilizada no existen grandes tratados impresos sobre la materia, b) una reflexión personal en torno a los mismos, siempre desde una perspectiva feminista y c) un apartado práctico de testimonios recogidos en base a una encuesta de elaboración propia.

Comienzo explicando los distintos tipos de violencia que existen, y cómo se encuadra la violencia obstétrica en éstos. Después se aporta una introducción histórica para acercarnos al porqué de la desposesión de las mujeres de sus propios cuerpos. En el siguiente capítulo, se analiza la violencia obstétrica desde el punto de vista legal: qué leyes existen ahora mismo en materia de

¹ Práctica de llevar al bebé en un portabebés, favoreciendo el vínculo.

prevención y de penalización. Tras esto, se exponen cuáles son las prácticas rutinarias que se dan en los hospitales y que constituyen lo que se denomina “la cadena de intervencionismos”: cuanto más medicalicemos el parto, más intervenciones necesitará, en un círculo vicioso frenético y absurdo. Después se pasará a observar cuáles son las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica. También quiénes son los actores de los partos, quién hay detrás de todo esto, y cómo la humanización del parto es una reivindicación profundamente feminista. Por último, se ofrecen unas pinceladas acerca de la cuestión ahora mismo en España, quiénes luchan por la erradicación de la violencia obstétrica y cuáles son sus últimas estadísticas.

Además, en los apéndices podemos encontrar:

1. Un pequeño glosario con los términos empleados que puedan presentar alguna dificultad; éstos estarán referenciados en el texto con la presencia de un asterisco, aunque la primera vez que aparecen se definen más brevemente para facilitar la lectura.
2. El resultado de una encuesta informal que he realizado entre víctimas de violencia obstétrica en España —porque no quería que este trabajo se quedara en pura teoría, y los testimonios de las víctimas son sobrecogedoramente necesarios, en este contexto—.
3. Una muestra de la violencia obstétrica más rancia en las viñetas de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia).

Por lo tanto, he intentado una aproximación lo más multidisciplinar posible y con un contenido accesible y estructurado. Realizar este trabajo me ha parecido duro en algunos momentos, indignante en muchos otros, y triste casi siempre. Ojalá las víctimas de la violencia obstétrica puedan, todas ellas, superarlo. Y ojalá consiga erradicarse este lastre social de una vez por todas: ya se han hecho grandes avances, pero aún queda mucho, mucho camino por andar.

Andemos pues.

CAPÍTULO 1. MULTIPLICIDAD DE VIOLENCIAS Y SUS ÁMBITOS DE APLICACIÓN

1.1. Definición de violencia (OMS). El triángulo de la violencia

La Organización Mundial de la Salud propuso en el año 2003 la siguiente definición de “violencia” (OMS, 2003:3):

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo de comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Según este mismo informe de la OMS (*Íbid.*:7), la prevención de la violencia como tal resulta fundamental para la erradicación de ésta, lo que se llevaría a cabo actuando simultáneamente en distintos niveles:

- **Nivel sociocultural.** Prestar atención a los factores sociales, culturales y económicos que fomentan la desigualdad y que producen situaciones de violencia, fomentando un acceso real a la educación e igualdad de oportunidades.
- **Nivel público.** Tomar medidas destinadas a prevenir la violencia en lugares públicos y concienciar a la población de la problemática en torno a ésta.
- **Nivel familiar.** Ofrecer entornos saludables y ayuda a las familias disfuncionales.
- **Nivel de género.** Hacer frente a las desigualdades de género con medidas de prevención, prestando atención a las prácticas culturales que atentan contra las mujeres.
- **Nivel individual.** Ser conscientes de los factores de riesgo individuales, y educar a niños y jóvenes en el respeto hacia los demás, corrigiendo los comportamientos violentos mediante la educación.

Existe además lo que el sociólogo noruego Johan Galtung (2003) denominó “el triángulo de la violencia”, y que establece la relación entre los tres tipos de violencia que podemos encontrar en la sociedad: la violencia cultural, la

violencia estructural y la violencia directa. El primer tipo se halla en las obras de arte, la ciencia, la religión, etc, es decir, en todas aquellas manifestaciones culturales dentro de una sociedad, creando un marco legitimador de estas actitudes. La violencia estructural se considera la más peligrosa, y se da por no ver satisfechas las necesidades que se tienen, por permitir desigualdades e injusticias. Por último, la violencia directa es aquella que se realiza sobre las personas, ya sea física o verbalmente. La violencia directa sería como la punta de un iceberg, ya que normalmente es la única que vemos, cuando ésta está absolutamente asentada sobre las otras dos.

1.2. Las violencias contra las mujeres: la violencia de género

En 1993, dentro de la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos celebrada en Viena, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, cuyo artículo 1 la define como (ONU,1993):

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 las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada.

Esta declaración constituyó un auténtico hito a nivel internacional, pues por primera vez se abordó la violencia hacia la mujer dentro del ámbito de los derechos humanos.

La violencia de género es un mecanismo de control y subordinación de las mujeres y sirve para mantener el *statu quo* de la dominación masculina. Se trata de un tipo de violencia que se da contra las mujeres por el mero hecho de ser mujeres. De hecho, en las sociedades con un patriarcado más fuerte, regidas por ideas más drásticas de masculinidad y una separación más potente entre sexos, se dan mucho más casos de violencia contra las mujeres que en aquellas donde existe un mayor respeto hacia éstas.

Este tipo de violencia se enmarca dentro de las llamadas patologías de la civilización, que han sido definidas:

como un conjunto de problemas de salud, de etiología multifactorial, que tienen en común el que tanto en su origen como en su tratamiento y curación influyen poderosamente la formación cultural, las circunstancias sociales y la conducta personal (Lorente; Toquero 2004:7).

Nuestra sociedad se sustenta en profundas desigualdades de género a todos los niveles (económicas, sociales, laborales...), lo que redundaría en que la violencia de género sea una muestra más de la supuesta “supremacía” de los varones.

Cabe destacar también que si se llama “violencia de género” es porque alude al concepto meramente cultural, porque hombres y mujeres no somos tratados por igual en el marco sociocultural en el que nos movemos. Y volviendo al triángulo de la violencia del que hablábamos en el punto anterior, podemos ver cómo la violencia de género está asentada igualmente en su vertiente estructural/cultural, siendo sólo la directa, la punta del iceberg, la que normalmente se ve:

- La violencia contra las mujeres es **estructural**, no es obra de personas enfermas, sino que se debe a cómo se plantean en nuestra sociedad las relaciones entre hombres y mujeres, esto es, los maltratadores son una consecuencia más del patriarcado. Las estructuras sociales arrojan ese tipo de violencia porque fomentan la desigualdad entre géneros, asignando diferentes roles a hombres y mujeres y defendiendo —directa o indirectamente— la superioridad de los unos sobre las otras.
- La violencia contra las mujeres es **cultural**. Estas desigualdades están tan interiorizadas que forman parte del sistema de creencias de buena parte de la población, en mayor o menor medida, identificándolas con “diferencias naturales”, con lo que se aceptan como algo inevitable en vez de pensar que son de índole social y, por ello, susceptibles de ser cambiadas.

La violencia de género es, además, un instrumento para afianzar ese sometimiento: así se perpetúa la superioridad del poder masculino y se somete la libertad femenina. Se da en todo tipo de mujeres, de todos los niveles culturales y sociales, lo que demuestra que el principal factor que predispone a ser víctima de violencia de género es simplemente uno: ser mujer.

En palabras de Victoria Sau (1998:166-167):

Los malos tratos individuales (...) son la manifestación particular y específica de los malos tratos estructurales, institucionalizados, que forman parte del orden patriarcal. Su propia institucionalización hace que pasen inadvertidos y circulen como un material obvio respecto del que no hay que dar explicaciones ni justificarse.

Las mujeres víctimas de violencia de género sufren además casi siempre una revictimización, que consiste en el padecimiento de otro tipo de maltratos por parte de las instituciones policiales, de la salud y judiciales. Así, tendrán que pasar por largas esperas, papeleos, interrogatorios vejatorios e incluso mala atención psicológica y médica, lo que muchas veces hace que se arrepientan de haber iniciado la denuncia. Este temor a la revictimización influye mucho en la decisión de denunciar por parte de las víctimas, que se imaginan aún más vulnerables y expuestas si finalmente van a ser tratadas sin ningún respeto por su intimidad.

1.3. Qué es la violencia obstétrica: la violencia obstétrica como violencia de género

La 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 en los ritmos naturales del parto— como **psicológica** —infantilización de las mujeres, trato despectivo y humillante, insultos y vejaciones— (definiciones propias, basadas en diversas lecturas).

La violencia obstétrica no es sólo consecuencia de protocolos obsoletos y mala praxis médica, sino que se trata de una forma más de violencia de género: se infantiliza a las mujeres, tratándolas de un modo paternalista y vejatorio, pero está tan normalizada a nivel social que es difícil la visibilización del problema. Y la violencia de género más peligrosa es precisamente aquella que está invisibilizada. En México, por ejemplo, hay hospitales en los que se chantajea a las mujeres con la obligación de ponerse un DIU tras el parto o si no la incisión de la cesárea será vertical (y por ello, menos estética) en vez de horizontal (Reza, 2013), lo que atenta gravemente contra los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.

Si yo, por el mero hecho de ser mujer, tengo que aguantar que me toquen mis genitales sin permiso, recibiendo vejaciones como «no seas cría» o «bien que no te quejabas cuando encargabas el bebé», estamos ante un caso flagrante de violencia de género. No se suelen escuchar casos de varones a los que los urólogos les hacen tactos rectales a la fuerza (por ejemplo), esgrimiendo frases como «no seas crío». Sobre los varones se puede ejercer violencia de otras índoles, pero no violencia de género, puesto que ésta se da sólo contra las mujeres por el mero hecho de serlo, como hemos visto.

Infantilizar a las mujeres, tener para con ellas una actitud absolutamente paternalista, está a la orden del día en las consultas de seguimiento del embarazo y en los paritorios de todo el país. La violencia de género constituye un problema de salud pública, ya que diversos estudios han demostrado cómo las víctimas tienen en general peor salud, tanto mental como física (Blanco Prieto, 2000). Igualmente, las mujeres víctimas de violencia obstétrica presentan diversos cuadros médicos en su salud, tanto físicos (secuelas sexuales, dolor, incontinencia, problemas con la lactancia, etc) como emocionales (síndrome de estrés postraumático, depresión postparto, rechazo a ser tocada, etc).

En países como Venezuela o Argentina, como veremos en el capítulo 3, la violencia obstétrica está incluida en las leyes contra la violencia de género,

pues se contempla como una apropiación indebida del cuerpo femenino y de sus procesos reproductivos, en tanto que trato deshumanizador, exceso de medicalización y patologización, pérdida de autonomía y de la capacidad de decisión por parte de las mujeres.

1.4. La violencia obstétrica como forma de control social

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 dominancia de lo masculino, en paralelo con el patrón de subordinación del paciente y de dominancia del profesional de la salud. Hay, por lo tanto, una doble dominación y una doble subordinación, con lo que las mujeres se encuentran doblemente desprotegidas.

Foucault define los dispositivos de control social como redes compuestas de multiplicidad de elementos, como discursos, leyes, reglamentos, enunciados científicos, proposiciones filosóficas y morales, instituciones o instalaciones arquitectónicas, entre otras. Los dispositivos inscriben en el cuerpo de los sujetos «un conjunto de praxis, saberes, instituciones, cuyo objetivo consiste en administrar, gobernar, orientar, dar un sentido que se supone útil a los comportamientos, gestos y pensamientos de los individuos» (García Fanlo, 2011:1-2). La medicina dota al individuo de estrictas normas corporales, de un modo de actuar y obedecer, garantizando de ese modo el control social. La disciplina, según Foucault, rechaza todo lo que salga de la norma: «La disciplina es una técnica de ejercicio de poder que no fue totalmente inventada sino elaborada en sus principios fundamentales durante el siglo XVIII» (Foucault 1993: 162). Y además:

Ha habido, en el curso de la edad clásica, todo un descubrimiento del cuerpo como objeto y blanco de poder. Podrían encontrarse fácilmente signos de esta gran atención dedicada entonces al cuerpo, al cuerpo que se manipula, al que se da forma, que se educa, que obedece, que responde, que se vuelve hábil o cuyas fuerzas se multiplican (Foucault 1998: 140).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) da una definición de salud reproductiva (OMS 1991:23) indicando que ésta es «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades». Si la violencia obstétrica que vemos es sólo la punta del iceberg, entonces es que ésta se asienta, también, peligrosamente sobre las otras dos violencias mencionadas: una violencia cultural muy fuerte en la que los pacientes en general se sitúan en un papel de indefensión aprendida^{2*} respecto a los profesionales de la salud (y las mujeres doblemente, por pacientes y por mujeres) y una violencia estructural donde no se está ofreciendo a las mujeres lo que ellas necesitan, no se está respetando su poder de acceso a la información, su poder de decisión.

Porque las mujeres deberían tener siempre acceso a la información, poder elegir libremente si desean o no un embarazo, cómo llevar a cabo el seguimiento de éste, cómo parir y dónde, por quién estar acompañadas en esos momentos, etc. Pero si el contexto social falla, si éste impide que las mujeres tengan información, si impide que las mujeres ejerzan dicho control sobre sus propios cuerpos... entonces esos cuerpos están manipulados, son meros objetos del poder hegemónico.

² Teoría que explica cómo hay personas han aprendido a sentirse indefensas, viendo que no existe relación entre su conducta y las consecuencias de ésta, sintiendo por lo tanto una total falta de control.

CAPÍTULO 2. HISTORIA DE LA MEDICALIZACIÓN DEL PARTO Y DE LA APROPIACIÓN DEL CUERPO FEMENINO

¿Cómo llegaron las mujeres a estar desposeídas de sus propios cuerpos, de qué tenían miedo los responsables de los mecanismos de control social? Veamos una pequeña introducción histórica para contextualizar cómo las mujeres perdieron el poder y el control sobre sus propios cuerpos.

2.1. Los partos hasta el siglo XVI: misterio femenino, curanderas y comadronas

Uno de los saberes femeninos por antonomasia, considerado un misterio para los varones, era precisamente todo lo relativo al embarazo y el parto: los médicos no tenían ningún interés en las enfermedades “de mujeres” ni en cómo éstas daban a luz. Por ello, esto quedaba en manos de comadronas expertas que acudían para ayudar a las madres en esos momentos, transmitiendo sus conocimientos a nuevas comadronas para que ese saber no se perdiera; al contrario, éste se fue perfeccionando según aprendían más de fisiología femenina.

Durante la época clásica, la profesión de comadrona gozaba de gran prestigio, pero en la Europa occidental de antes de la Edad Media, las comadronas pertenecían casi todas a un estatus más modesto, salvo las que atendían a la nobleza. Aun así, al igual que sucedía con las curanderas, las adivinas o las herbolarias, transmitían un conocimiento empírico de generación en generación y eran muy apreciadas por las comunidades cuyos problemas cotidianos atendían (García Martínez; Valle Racero, 1996).

En cualquier caso, en dicha época tanto las damas de alta alcurnia como las más modestas requerían de la atención de una comadrona, como puede apreciarse en la iconografía medieval, muy rica en escenas de partos. Eran retribuidas según la categoría de la parturienta. En España, por ejemplo, se sabe que en 1427 doña María de Castilla, esposa de Alfonso V el Magnánimo, pidió que acudiera una comadrona llamada María Oto (*Íbid.*, 1996). También se relata que en 1452 el Rey Católico llamó a la prestigiosa comadrona llamada

“la Herradera” para el nacimiento de Fernando II de Aragón. A finales del siglo XV, la profesión de comadrona es regularizada en nuestro país, pero en el siglo XVI, varios médicos varones comienzan a interesarse por la obstetricia y a escribir tratados sobre ésta, en un primer momento destinados a las comadronas, para finalmente decidir que ése no debía ser su cometido, desplazando cada vez más a estas profesionales.

2.2. La caza de brujas y la apropiación del cuerpo femenino

Numerosa literatura sobre el tema coincide en remontar los orígenes del control social sobre el cuerpo de las mujeres a la Edad Media. En el período de crisis de los siglos XIV al XVII, esto es, durante la transición del feudalismo al capitalismo, las mujeres fueron desterradas de sus propios cuerpos, fundamentalmente en cuanto a la sexualidad y al ámbito reproductivo. Así, lo que se denominó “caza de brujas” no es sino un eufemismo gigantesco para referirse a la apropiación y privatización de recursos comunes (a lo que las mujeres se opusieron con gran fiereza), por un lado, y a la apropiación de los cuerpos femeninos y de su trabajo, por otro: la primera máquina desarrollada por el capitalismo no fue sino el cuerpo humano.

Más del 80 % de las personas juzgadas y ejecutadas en Europa en los siglos XVI y XVII por el crimen de brujería fueron mujeres. En menos de dos siglos cientos de miles de mujeres fueron quemadas, colgadas y torturadas. La caza de brujas ahondó las divisiones entre mujeres y hombres, fue una iniciativa política de gran importancia, un ataque a la resistencia que las mujeres opusieron a la difusión de las relaciones capitalistas y al poder que habían obtenido en virtud de su sexualidad, su control sobre la reproducción y su capacidad de curar. Porque éstas planteaban un desafío absoluto a las estructuras ocultas de poder, de dominación y explotación.

Silvia Federici habla de esta devaluación de la posición social de las mujeres con el advenimiento del capitalismo. En *Calibán y la bruja* expone como tesis principal la relación entre la caza de brujas y el desarrollo contemporáneo de una nueva división sexual del trabajo que confinaba a las mujeres al trabajo

reproductivo; la caza de brujas no fue sino el eje central de la acumulación y la formación del proletariado moderno.

Dirá que:

Existe un acuerdo generalizado sobre el hecho de que la caza de brujas trató de destruir el control que las mujeres habían ejercido sobre su función reproductiva y que sirvió para allanar el camino al desarrollo de un régimen patriarcal más opresivo. (Federici, 2010:26)

La caza de brujas fue también instrumental a la construcción de un orden patriarcal en el que los cuerpos de las mujeres, su trabajo, sus poderes sexuales y reproductivos fueron colocados bajo el control del Estado y transformados en recursos económicos. (*Íbid.*, 233)

Casi todas las acusaciones contra las brujas se centraban en su supuesta perversión sexual, en prácticas de infanticidio (anticoncepción), dado que se criminalizaba cualquier actividad sexual que amenazara la procreación, puesto que el útero era visto como una máquina de reproducción del trabajo. Muchas de las supuestas brujas eran comadronas, depositarias tradicionales del saber y control reproductivo de las mujeres. Dice Federici (*Íbid.*, 251):

El Malleus les dedicó un capítulo entero, en el que sostenía que eran peores que cualquier otra mujer, ya que ayudaban a la madre a destruir el fruto de su vientre, una conjura facilitada, acusaban, por la exclusión de los hombres de las habitaciones donde las mujeres parían. Al ver que en todas las cabañas se le daba pensión a alguna partera, los autores recomendaron que no se le permitiera practicar este arte a ninguna mujer, a menos que antes demostrara que había sido una «buena católica». Esta recomendación fue escuchada.

Así que los partos dejaron de estar en manos de las comadronas —actividad que hasta entonces había sido su misterio inviolable— para pasar a manos de los obstetras; a partir de finales del siglo XVI, a pocas mujeres se les permitió que practicasen la obstetricia. Persiguiendo a las curanderas y a las comadronas, se les expropió de un patrimonio de saber empírico (fitoterapia* —uso de las plantas medicinales— y fisiología del parto) que habían transmitido de generación en generación. Esta gran pérdida allanó el camino al ascenso de la medicina profesional que, a pesar de sus pretensiones curativas,

erigió una muralla de conocimiento científico indisputable, inasequible y extraño para las “clases bajas” en general y para las mujeres en particular.

De nuevo, en palabras de Federici (*Ibid.*, 137):

La sospecha que recayó también sobre las parteras en este periodo —y que condujo a la entrada del doctor masculino en la sala de partos— proviene más de los miedos de las autoridades al infanticidio que de cualquier otra preocupación por la supuesta incompetencia médica de las mismas. Con la marginación de la partera, comenzó un proceso por el cual las mujeres perdieron el control que habían ejercido sobre la procreación, reducidas a un papel pasivo en el parto, mientras que los médicos hombres comenzaron a ser considerados como los verdaderos «dadores de vida» (como en los sueños alquimistas de los magos renacentistas). Con este cambio empezó también el predominio de una nueva práctica médica que, en caso de emergencia, priorizaba la vida del feto sobre la de la madre. Esto contrastaba con el proceso de nacimiento que las mujeres habían controlado por costumbre. Y efectivamente, para que esto ocurriera, la comunidad de mujeres que se reunía alrededor de la cama de la futura madre tuvo que ser expulsada de la sala de partos, al tiempo que las parteras eran puestas bajo vigilancia del doctor o eran reclutadas para vigilar a otras mujeres.

La caza de brujas fue, por lo tanto, una auténtica guerra contra las mujeres, un intento coordinado de degradarlas, demonizarlas y destruir su poder social. Terminó a finales del siglo XVII, que es cuando la clase dominante contó por fin con una asentada y creciente sensación de seguridad en relación con su poder.

2.3. A partir del siglo XVII: advenimiento de los cirujanos obstetras

A principios del siglo XVII, como hemos visto, comenzaron a aparecer los primeros hombres parteros y, en cuestión de un siglo, la obstetricia había caído casi completamente bajo control estatal:

El continuo proceso de sustitución de las mujeres por hombres en la profesión es un ejemplo del modo en que ellas fueron excluidas de todas las ramas de trabajo profesional, al negárseles la oportunidad de obtener un entrenamiento profesional adecuado. (Clark, 1968:265)

Se empezó a penalizar duramente a quienes no ejercían legalmente la medicina, que era una ciencia hecha por varones y para que la ejercieran sólo los varones, y que estudiaba el cuerpo femenino como una versión degradada del masculino.

Si en la Edad Media las mujeres habían podido usar distintos métodos anticonceptivos y habían ejercido un control indiscutible sobre el proceso del parto, a partir de ahora sus úteros se transformaron en territorio político, controlados por los hombres y el Estado: la procreación fue directamente puesta al servicio de la acumulación capitalista. (Federici, 2010:139)

En el siglo XVIII, la reproducción de las mujeres se convirtió en obligatoria y el crecimiento poblacional pasó a ser asunto de Estado. De hecho, en los códigos penales europeos se castigaba duramente a las mujeres culpables de supuestos crímenes reproductivos, con pena de muerte por el uso de anticonceptivos. Desposeyendo a las mujeres de sus propios cuerpos y del saber sobre los mismos, quedaron confinadas a una tarea meramente reproductiva, siempre bajo la mirada escrutadora del hombre obstetra. Los cuerpos femeninos quedaron así convertidos en meros instrumentos para la reproducción del trabajo, en máquinas naturales de crianza, que a partir de entonces funcionarían según unos ritmos fuera del control de las mujeres. Sus cuerpos ya no les pertenecían.

2.4. Siglos XIX-XX: traslado de los partos de casa al hospital

A finales del siglo XVIII, los hospitales europeos comenzaron a establecer departamentos de obstetricia, por lo que las familias más pudientes dejaron en manos de cirujanos hombres la asistencia al parto. La medicina ya estaba completamente asentada como ciencia “seria”, y los partos en casa se consideraban casi primitivos y propios de las clases más bajas.

Para los partos se usaban instrumentos como el fórceps, pero éstos no eran lavados entre cada uso, con lo que la mortalidad materna comenzó a incrementarse de un modo alarmante (Gervás, 2014):

En EEUU, ante la persistencia de cifras de hasta 800 y más muertes maternas por 100.000 partos, Joseph B DeLee decidió introducir el parto activo. Es decir,

un parto considerado siempre como peligroso, no fisiológico, una situación patológica que requería de la prevención, de la intervención que evitara las complicaciones. Proponía, pues, en todos los partos, la anestesia, el uso del fórceps, la episiotomía y la extracción manual precoz de la placenta. Por supuesto, proponía el ingreso de la “paciente” en el hospital y la atención por el ginecólogo-obstetra. No es de extrañar que Joseph B DeLee sea considerado el “padre de la obstetricia moderna”. Podríamos decir que moderna sí, pero mortal también, pues la aplicación de tales recomendaciones provocó una epidemia de mortalidad materna, especialmente entre las mujeres de clase alta que se podían permitir el parto “sin dolor” y atendido por el especialista.

En el siglo XIX, los hospitales eran un fiel reflejo de la posición de la mujer en la sociedad. Así, los cuerpos de las mujeres —que, no lo olvidemos, ya no les pertenecían— se convirtieron en campos de experimentación, en los que los primeros obstetras se dedicaron a realizar todo tipo de operaciones tan absurdas como inútiles: cesáreas vaginales, dilatación manual e instrumental, dilatación artificial del cuello del útero con incisiones profundas, sección de la sínfisis púbica, cesáreas (con mortalidad de casi el 100 %), extracción del feto de nalgas con ganchos o con asas, etc. Además, tras realizar autopsias a madres muertas por fiebre puerperal, atendían a nuevas parturientas sin lavarse las manos entre medias. El doctor Oliver Wendell Holmes (Usandizaga, 1981) intentó iniciar una campaña para concienciar a los obstetras de la importancia de las medidas higiénicas, pero esto sólo ocasionó una polémica que duró décadas, y que colocó al doctor Holmes a la más absoluta marginalidad, puesto que el ego de los médicos no estaba dispuesto a aguantar que se les acusara de ser ellos la principal causa de las muertes de tantas madres.

Afortunadamente, entre 1930 y 1950, las medidas higiénicas comenzaron a mejorar (los hospitales, por ejemplo, empezaron a disponer de agua corriente, cosa que antes sólo sucedía en unos pocos centros), y esto, unido a otros adelantos como las transfusiones de sangre, el uso de antibióticos, o una disminución del número de hijos por pareja, consiguió que por fin la mortalidad en los partos hospitalarios no fuera tan alta.

2.5. Por qué se patologiza el parto

Como hemos visto, se dieron dos hechos importantes en el proceso de patologización del parto: primero, cuando éste pasó de las manos de las comadronas a las manos de los obstetras. Y segundo, cuando pasó de desarrollarse en un entorno familiar a realizarse sistemáticamente en un entorno hospitalario. Institucionalizar los procesos reproductivos elimina de un plumazo el protagonismo de las mujeres en su embarazo y parto, desposeyéndolas de sus propios cuerpos. Porque las mujeres, desde el nacimiento de la medicina moderna, han sido pensadas como objetos y no como sujetos: la medicina es quien debe decidir sobre los cuerpos.

De nuevo es inevitable citar a Foucault, para quien el hospital es:

creador de la enfermedad por el dominio cerrado y pestilente que diseña, lo es en segunda vez en el espacio social donde está colocado. Esta división, destinada a proteger la enfermedad, comunica la enfermedad y la multiplica hasta el infinito (Foucault 1978:39).

¿Cómo hemos llegado a esto, por qué se han desplazado los nacimientos a un lugar donde campan a sus anchas la enfermedad y la muerte? Si la obstetricia está considerada una ciencia incuestionable, la consecuencia de esto es que los profesionales médicos estarán aquejados de una auténtica ceguera respecto al fuerte impacto que tiene la medicalización de la vida. En palabras de Giovanni Berlinguer (1996:40):

Cuando la medicina empezó a usurpar los hogares y los tiempos de la vida humana, una de las primeras críticas a esa medicalización giraron hacia el parto en el hospital; esto dejaba sola a la mujer para sufrir con las manipulaciones de técnicas extrañas y desconocidas le impedía su participación como sujeto activo en la extraordinaria experiencia del nacimiento y del primer contacto con el hijo, quien inmediatamente sería transferido a otro lugar; la medicina pretende en suma, dictar los horarios y las modalidades de esta relación que debe ser lo más espontánea posible, íntima y natural.

Si las mujeres que pasan no ya sólo por un embarazo, sino por otras etapas de sus vidas reproductivas (como la menopausia), son sometidas a continuos

tratamientos y tratadas como enfermas, ¿cómo van a recuperar sus propios cuerpos, si finalmente se sienten indefensas, incapaces de valerse por sí mismas, eternamente infantilizadas y con necesidad de intervenciones médicas para afrontar la más absoluta cotidianidad como si ésta fuera patológica?

El problema es que todo esto ha calado de tal modo en la sociedad que la mayoría de mujeres, aterradas ante un posible dolor insufrible —producto de prejuicios y mitos— sólo quieren que el parto suceda lo más rápido posible, dejándose realizar intervenciones totalmente innecesarias —y a la larga perjudiciales para el desarrollo normal del parto, como veremos más adelante—, y acaban considerando el momento del parto como un mero trámite, sin ser conscientes de que el tipo de nacimiento influye muchísimo en el bebé.

Por lo tanto, el parto se patologiza porque, por un lado, de ese modo se puede perpetuar el *statu quo* hegemónico de poder patriarcal para con los cuerpos femeninos, y por otro, porque los protocolos médicos suelen ritualizarse para obtener una sensación de seguridad, de normalización.

2.6. Los protocolos desactualizados a pesar de la evidencia científica: rituales de parto

Cada nacimiento es un mundo, por lo que la rutina en el trabajo hospitalario puede dar seguridad ante la incertidumbre y la posible emergencia. Considerando a las parturientas como pacientes, aunque no estén enfermas, se convierte rápidamente el embarazo en un proceso patológico. De ese modo, los hospitales establecen protocolos estándar que se aplicarán a todas las parturientas que entren: sueros intravenosos, enemas, rasurado, posiciones anti-fisiológicas (litotomía), etc... En palabras de Robbie Davis-Floyd (2004:42):

En profesiones como la medicina, donde el caos invade la práctica diaria, quedar adheridos a las rutinas ritualistas, en las cuales pueden demostrar claras competencias, pueden mantener el miedo a raya y darles a los médicos una sensación mayor de confianza y control sobre lo que suelen ser resultados muy inciertos. Los médicos insisten en que esas rutinas son necesarias para el eficiente funcionamiento de la institución. La verdad más profunda es que

muchos de ellos se sienten perdidos sin la confianza que tienen en las funciones de la estandarización de las rutinas.

También, dirá Eva Gilberti (2003) que:

Quienes participan de los sectores de poder hegemónicamente instalados, es decir, con escasas posibilidades de ser contrariados o juzgados, manipulan sus conocimientos para mantener su posición. Cuando nos referimos a médicos en relación con la mujer parturienta ya no se trata sólo de sus conocimientos, sino de sus prejuicios, sus creencias, sus ansiedades y fantasías acerca del interior del cuerpo de las mujeres, su tensión frente a tener que reconocer que él también emigró desde el interior de un cuerpo de mujer. Y la puesta en acto de ese poder del que dispone y que es hegemónico en tanto y cuanto no tiene en cuenta a la que es sujeto de su atención, se abroquela en las técnicas que la medicina le aporta y que pone en práctica en el cuerpo de esa mujer. Con reiterada frecuencia, sin que exista necesidad de proceder de ese modo.

Así, ritualizando los protocolos hospitalarios, tratando a todas las “pacientes” del mismo modo aunque su estado de salud sea excelente, obligando a las mujeres a ser obedientes, a acatar las órdenes que los profesionales de la salud den en todo momento, sin rechistar (que ellos son "los que saben"), éstas quedarán finalmente convertidas en meros objetos al servicio de la medicina, obviando que el parto es un proceso fisiológico. En este contexto, ¿cuándo se va a entender que el mantenimiento de protocolos obsoletos va en contra de la evidencia científica más actual, que muestra cómo el excesivo intervencionismo es absolutamente determinante dentro de la morbilidad^{3*} materna?

2.7. La sexualidad femenina como instrumento subyugado: heteronormatividad y paternalismo

En una sociedad como la nuestra, no hay más que encender la televisión para observar cómo las mujeres parecen estar en el punto de mira, no ya sólo en cuanto a tratamientos estéticos (cremas anticelulíticas o antiedad, productos para adelgazar, lencería que aumenta o que disimula, maquillajes, tintes, tratamientos de depilación, reafirmantes, operaciones de cirugía estética, manicuras... ¡no hay un centímetro de cuerpo que quede libre de esta tiranía!),

³ Proporción de personas que enferman en un sitio y momento determinado.

sino también desde el punto de vista de la salud (¿por qué siempre serán ellas las que sufren de hemorroides, de intolerancia a la lactosa, de gases, de estreñimiento...?).

Desde luego, hay poderosos grupos empresariales y profesionales que están haciendo un gran negocio a causa de la salud de las mujeres. Y esto implica la manipulación en torno a su sexualidad, no limitándose al embarazo y al parto, sino a todos sus momentos, de principio a fin. Éstos se han patologizado, medicalizado, y pasado por un filtro de “enfermedad” para desnormalizar lo que deberían ser considerados estados naturales de la vida de las mujeres. Y sobre todo, y a causa de esto, hay un gran desconocimiento sobre cómo funciona nuestro cuerpo y cómo trabajar con él, lo que no ayuda precisamente a salir de este estado subyugado.

2.7.1. La menstruación

Desde el momento en que una mujer tiene su primera menstruación, se le advierte de cómo ésta es “dolorosa”, cómo “produce cambios de humor”, etc. En la imaginería popular, se pinta a las mujeres como esclavas de sus ciclos hormonales (curiosamente, no se suele nombrar que las fluctuaciones hormonales en los varones son de lo más comunes). Se habla de la menstruación usando eufemismos patologizadores («estoy mala»). Si tenemos una desconexión total con nuestro propio útero, es lógico que la menstruación duela. Pero la menstruación, a menos que existan patologías, no debería doler más allá de unas meras molestias (Felipe-Larralde, 2013). Aun así, la mayoría de mujeres consideran que el dolor menstrual es normal. Además, las farmacéuticas se lucran vendiendo medicación para el dolor menstrual, donde en la publicidad la madre le dice a la hija «nacimos para sufrir». La menstruación es, pues, un proceso natural, normal, por ello, no debería doler. Se está demostrando cómo realizando ejercicios de reconexión y relajación del útero (Felipe-Larralde, 2013), las menstruaciones dejan de ser dolorosas: se trata de conectarnos, nuevamente, con nuestros cuerpos arrebatados. De recuperarlos.

2.7.2. El orgasmo femenino

Teniendo en cuenta que hay culturas donde el orgasmo femenino se considera impuro, por lo que se recurre a métodos como la ablación para impedirlo, y que el placer sexual y el goce queden única y exclusivamente en los varones (las mujeres serían meras receptoras de esa sexualidad, objetos para masturbarse y para depositar dentro a los hijos), en general este orgasmo es un gran desconocido. Conceptos como “punto G”, “orgasmo de clítoris y orgasmo vaginal” son del todo erróneos y sólo siembran más confusión. Además, cuando se habla del orgasmo femenino suele mencionarse cómo conseguirlo heteronormativamente hablando, siempre con un *partenaire* masculino que, con mayor o menor habilidad, logrará llevar a su compañera a dicho estado idílico: no olvidemos que para Freud el orgasmo vaginal era el único “maduro”, capturando de nuevo el cuerpo femenino a estar a expensas del masculino y del coito para llegar al orgasmo. No sólo no es necesaria la ayuda de ningún hombre para conseguir un orgasmo, es que la mejor manera de conocerse a una misma sexualmente hablando es mediante la masturbación, como práctica totalmente saludable y liberadora.

2.7.3. Los anticonceptivos

Resulta curioso que uno de los métodos anticonceptivos más usados entre parejas heterosexuales estables sea la píldora anticonceptiva. Es curioso porque, si los hombres son fértiles todo el tiempo y las mujeres sólo un par de días cada mes, ¿por qué son ellas quienes deben poner los medios para evitar un embarazo no deseado? Se excluye sistemáticamente a los hombres de los programas de planificación familiar, porque sólo existen dos métodos anticonceptivos masculinos (el preservativo y la vasectomía) y actualmente ninguno está cubierto por la sanidad pública. De hecho, no se realizan apenas investigaciones para lograr algo así como una “píldora masculina” (pero sí para conseguir mejores erecciones), la tecnología médica siempre se ha centrado en el cuerpo de las mujeres para experimentar sobre el control de la fertilidad.

La cuestión es que, así como el preservativo no tiene ningún efecto secundario, la lista de los inconvenientes de la píldora anticonceptiva es larguísima: bajada de la libido, aumento de la hipertensión y del tromboembolismo, formación de cálculos biliares, hemorragias uterinas/vaginales, mareos y náuseas e incluso estados depresivos, por citar sólo unos pocos (en algunos casos, ha habido muertes). La píldora anticonceptiva altera totalmente el funcionamiento de los cuerpos, desconectando a las mujeres de sus ciclos naturales en pos de una mayor comodidad masculina. Se trata, pues, de un medicamento profundamente machista, que baja la libido en las mujeres, que no tiene en cuenta la salud de éstas, y que sigue viéndolas a ellas como quienes han de lidiar con un embarazo no deseado, en lugar de corresponsabilizar a su pareja: si están pensadas para parejas estables (puesto que no protegen de enfermedades de transmisión sexual), ¿por qué la responsabilidad ha de seguir en manos de las mujeres? Más allá de su uso contraceptivo, las hormonas suponen una domesticación del cuerpo de las mujeres y una nueva forma de control social del género.

2.7.4. La menopausia

Las mujeres pasan su vida en un continuo estado de medicalización: la menstruación, el embarazo, el parto, el control de la fertilidad... y la menopausia. Estados que deberían ser considerados naturales pasan a estar controlados por las farmacéuticas y por una patologización tal que acaba perpetuando un círculo vicioso de desconexión con nosotras mismas. Hacer que las mujeres teman el dolor es una forma clara de tenerlas bajo control, porque para huir del miedo a sí mismas estarán dispuestas a aceptar que se manipulen sus cuerpos, sus hormonas, su salud en general.

La menopausia es una etapa natural de la vida por la que pasan todas las mujeres a partir de más o menos los 50 años. Se produce una serie de cambios hormonales (descenso en los niveles de estrógenos y desaparición de los ciclos hormonales) que suponen el final de su vida fértil. En los últimos años, hay un tremendo *boom* de medicalización de mujeres en la menopausia, supuestamente porque el climaterio se relacionaba con mayor posibilidad de

sufrir enfermedades como osteoporosis, Alzheimer, diabetes o hipertensión, entre otras. Sin embargo, dicha “prevención médica” se realizó en base a elucubraciones, sin que hubiera una investigación seria de por medio. El resultado es que, hoy por hoy, y después de realizarse varios estudios (Anderson *et al.*, 2004) sobre el tema, se sabe que medicar con estrógenos en la menopausia no sirve absolutamente para nada, al contrario: aumenta el riesgo de cáncer de mama, aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas y cerebrales, los sofocos tratados con placebo disminuyen en igual medida que los que se tratan con estrógenos, etc. Por lo tanto, al considerar globalmente todos los efectos, el uso de hormonas femeninas en la menopausia y después de la misma, es posible afirmar que producen más perjuicio que beneficio para las mujeres que las han tomado. Además, están apareciendo voces críticas entre distintos sectores profesionales y organizaciones sanitarias públicas, que desaconsejan el uso prolongado de productos hormonales tras la menopausia. Desmedicalizar la menopausia es fundamental, porque se trata de una etapa más en la vida fértil de las mujeres, un momento de tránsito que ha de pasarse de la manera más natural posible.

Por lo tanto, vemos cómo a las mujeres se las medica para huir de su naturaleza. A los hombres, para potenciarla: las mujeres aparecen como enfermas eternas, víctimas de sus inestables hormonas, los hombres como necesitados de medicamentos para potenciar su virilidad. Los varones son siempre definidos en términos de su sexualidad, esto es, socialmente se valora que se comporten de un modo sexual, "viril", y las mujeres serán los objetos — pasivos, sumisos— de esa sexualidad. La condición de ser mujer, así, se percibe como algo negativo, que debe de ser curado. La condición de ser hombre, como algo positivo, que debe de ser potenciado.

CAPÍTULO 3. QUÉ DICEN LAS LEYES

3.1. Legislación sobre violencia de género

Aunque la violencia de género ha estado invisibilizada durante siglos, el reconocimiento de su existencia marcará un antes y un después en la consideración de los derechos de las mujeres. Podemos encontrar antecedentes en la intención de regularizar esta situación en diversas convenciones. Por ejemplo, en la II Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer que se celebró en 1980, se constató que la violencia contra las mujeres es el crimen más silenciado del mundo. En 1993, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena, se reconocieron los derechos de las mujeres como Derechos Humanos. En ese mismo año se celebró la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), y en ésta se definió la violencia contra la mujer como una forma de discriminación que impide gravemente el goce de derechos y libertades en igualdad con el hombre. En 1995, en la IV Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer, se explicó que debían evaluarse las relaciones entre mujeres y hombres dentro del concepto de género. Desde 1995, la ONU reconoce que la violencia de género es uno de los principales hándicaps en la consecución de la libertad y el disfrute de derechos por parte de las mujeres.

En España, tomando como referencia todas estas reflexiones a nivel internacional sobre violencia de género, así como la visibilidad cada vez mayor a partir del año 2000 de las cifras de víctimas mortales, se aprobó por unanimidad de todos los grupos parlamentarios la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Sólo a partir de esa ley se estableció un concepto de referencia unívoco de violencia contra las mujeres: en su artículo 1.1, se 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 sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas 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, aun 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, 2004:42168)

El problema de la Ley 1/2004 es que determinados casos no están considerados oficialmente como de violencia de género, lo que produce el desconocimiento de la prevalencia real de la muerte de mujeres tras el ataque de un agresor que es o ha sido su pareja. Aun así, las cifras siguen siendo escandalosamente altas (más de 700 en una década). Además esa ley hay que analizarla siempre en conjunto con la LO 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Ahora, más de diez años después, se está realizando una revisión exhaustiva de los logros y los fallos de la ley. Los temas que aún quedan pendientes son: incidir sobre todo en los aspectos educativos como la base de la prevención, fijarse más en la violencia psicológica porque ésta suele pasar más desapercibida, y coordinarse de manera óptima entre los distintos profesionales que tratan a las víctimas.

3.2. El reconocimiento legal de la violencia obstétrica

La violencia obstétrica podría encuadrarse en dos ámbitos: o como violencia de género, o como violencia contra los pacientes “en general”, esto es, desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano (Villaverde, 2006:31-32). Entendemos que la violencia obstétrica es violencia de género por las razones expuestas en el capítulo 1, además, los países que han legislado específicamente sobre violencia obstétrica la han encuadrado siempre en el marco de la violencia de género.

Así, podemos observar el caso pionero de Venezuela, cuya legislación ofrece respuesta a esta tristemente frecuente demanda. Según la Ley Orgánica venezolana sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, se establece lo siguiente (Villegas Poljak, 2009):

... Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.

En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda...

Igualmente, en otros países, como Argentina o México, la violencia obstétrica está claramente tipificada. En Argentina, mediante la Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado de 2004, y en México, mediante la modificación en 2014 de la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres y la Ley de Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia.

Sin embargo, actualmente no existe en España ningún reconocimiento legal de la violencia obstétrica como tal, aunque en las diferentes legislaciones autonómicas podemos encontrar algunos aspectos concretos relativos a aspectos como la independencia de la madre o la defensa del proceso natural del parto.

¿Cómo defender entonces los derechos de una mujer víctima de violencia obstétrica? En la mayoría de los casos, únicamente puede hacerse uso de las hojas de reclamación o sugerencias de los propios centros hospitalarios, hojas con nulo poder sancionador y a veces ni siquiera los usuarios de éstas reciben respuesta alguna.

Si se quiere denunciar por la vía legal, será extremadamente complejo, porque no existe ningún trasfondo legal y porque cuanto menor sea el daño (según criterios jurídicos), más complicado resultará demostrarlo. Cualquier paciente en general que denuncie a la justicia la mala praxis de un profesional de la medicina tendrá que sortear una larga serie de escollos, y además de los costes económicos del litigio, la mayoría ni siquiera llegará a juicio. Así que

únicamente los casos de violencia obstétrica de mayor gravedad tienen alguna oportunidad de conseguir alcanzar la vía judicial.

Por lo tanto, sería necesario que la legislación española tipifique la violencia obstétrica como un tipo de violencia de género. Porque hoy por hoy, únicamente puede ponerse una queja que no servirá de nada, amén de poder denunciar el caso en redes sociales, prensa y demás. Sólo exigiendo que la violencia obstétrica deje de estar invisibilizada se podrá avanzar en la erradicación de esta lacra social.

Según Ángeles Carmona, presidenta del Observatorio de Violencia de Género del CGPJ, uno de los retos a conseguir después de haber conseguido que «la violencia de género se haya convertido en una cuestión de Estado» (Díaz, 2014) es el incluir la trata de personas, las violaciones fuera de la pareja o la mutilación genital dentro de la definición de violencia de género, tal y como se prevé en la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016. ¿Por qué no luchar por que se incluya la violencia obstétrica en esta estrategia u otra similar?

3.3. Violencia obstétrica y derechos humanos

Al igual que la violencia de género es un problema de derechos humanos (CEPAL, 1996), con la violencia obstétrica sucede lo mismo. Hace más de treinta años que se vienen realizando conferencias internacionales sobre derechos humanos que alertan sobre la importancia del respeto a los derechos sexuales y reproductivos, desde las primeras: Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979), Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (1996), etc. Se define la salud sexual y reproductiva como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. Aun así, se siguen violando sistemáticamente los derechos humanos en general y los derechos de las

mujeres en particular. En muchos centros e instituciones, la violación de los derechos reproductivos de las mujeres está a la orden del día.

Según el artículo 12 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, «Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación» (ONU, 1948). Sin embargo, los hospitales violan sistemáticamente este derecho exponiendo innecesariamente el cuerpo de las mujeres, obviando su derecho a la intimidad, e impidiéndoles decidir sobre su cuerpo: «Me metieron mano más o menos 13 estudiantes... me tapaba la cara con la sábana para que no me miraran» (INSGENAR, 2003:20). Y eso que el artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos dice que «nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes» (ONU, 1948).

Si analizamos cualquier situación de violencia obstétrica, veremos cómo se vulneran varios derechos. Es por ello urgente que los sistemas de salud revisen sus protocolos en estas materias, garantizando de este modo el derecho de las mujeres a tener toda la información relacionada con su atención obstétrica, y a decidir sobre los procedimientos empleados en ésta. Los distintos Estados deberían seguir el ejemplo legislador de Argentina, México o Venezuela, mediante la implantación de políticas y programas que mejoren la atención a la salud de las mujeres en general y que prevengan la violencia obstétrica en particular, puesto que ésta es una violación flagrante de los derechos humanos.

3.4. Prevención de la violencia obstétrica

Prevenir la violencia obstétrica pasa por que el personal sanitario, en primer lugar, se involucre, se comprometa y se eduque: en cualquier discriminación de género hace falta aún muchísima pedagogía para su total erradicación. Sólo estableciendo una relación de igual a igual entre médico y paciente, sólo responsabilizándose la mujer gestante de su propia salud, sólo exigiendo siempre información y participación en la toma de decisiones será posible un progreso real en esta materia. Humanizando la medicina, favoreciendo la

escucha a los pacientes por parte de los profesionales, esto no será ya algo tan lejano.

Y es que actualmente, aunque con lentitud, se avanza cada vez más en las labores de prevención de la violencia en general y de la obstétrica en particular. Así, podemos encontrar valiosos instrumentos que ayudarán a un mayor conocimiento y empoderamiento de las mujeres embarazadas.

3.4.1. La Declaración de Fortaleza

Ya en 1985, la OMS (¡hace treinta años!) publicó unas recomendaciones (OMS, 1985: 436-437), que suelen llamarse “La declaración de Fortaleza”, con ocasión de una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto en Fortaleza (Brasil), con la asistencia de personal sanitario, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. Las recomendaciones se basan en el principio de que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada, que la mujer tiene un papel central en todos los aspectos de dicha atención, y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos.

Según dichas recomendaciones, las mujeres deben poder elegir, debe existir información pública sobre los hospitales y sus estadísticas, las matronas han de ser las encargadas de los partos eutócicos* (normales, vaginales), las cesáreas nunca deben superar el 10-15 %, y se insiste en la inconveniencia de rituales de medicalización sin justificación: enemas, rasurados, monitorización fetal, posición litotómica, episiotomías, inducciones, administración rutinaria de fármacos, ruptura artificial de membranas, etc. Debe fomentarse el piel con piel y la no separación de la madre y el recién nacido, fomentando la lactancia materna.

3.4.2. La Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN)

En 2007, el Ministerio de Sanidad publicó la denominada *Estrategia de Atención al Parto Normal*, que se ha convertido en la referencia de actuación en la materia para todo el territorio español. Su objetivo es la humanización del

parto, para lo cual desea potenciar la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales como objetivo general, revisando las prácticas actuales y eliminando intervenciones innecesarias, como la episiotomía, el rasurado o el enema.

Las recomendaciones que se proponen en dicha Estrategia están basadas en las mejores evidencias científicas disponibles y son una buena herramienta para mejorar la atención, facilitar la participación de las mujeres en su parto y apoyar las iniciativas de mejora en los servicios obstétricos de los hospitales españoles.

3.4.3. El consentimiento informado y el Plan de Parto

La Ley de Autonomía del Paciente (BOE, 2002) define el consentimiento informado (C.I.) como «la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud». El consentimiento informado es pues el procedimiento médico formal destinado a aplicar el principio de autonomía del paciente (el derecho a ser reconocido como persona libre y dueña de tomar sus decisiones), por lo tanto, supone la obligación de respetar a los pacientes como individuos y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos. Un consentimiento informado debe explicar al detalle en qué consiste el procedimiento al que se va a someter el paciente para que éste lo apruebe explícitamente, sin embargo, resulta frecuente en medicina que se realicen diagnósticos y terapias sin el uso de dicho consentimiento. Que el paciente participe en las decisiones médicas debería ser algo que se diera absolutamente en todos los casos, sin embargo no siempre sucede así. Además, un problema en los consentimientos informados de obstetricia es que en muchos de ellos no se explican correctamente los riesgos y/o efectos secundarios (por ejemplo, de una episiotomía), por lo que su finalidad de informar quedaría en entredicho.

En este sentido, la sentencia del 20 Oct. 2009 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección 9ª, rec. 151/2006 (EPEN, 2011), negó validez a un documento de este tipo elaborado de forma estandarizada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). La reclamación tenía por motivo la asistencia que le fue prestada a la demandante con ocasión del parto de su segundo hijo y las posteriores complicaciones de la episiotomía que se le realizó. La sentencia dice así:

La demandante alega que el 12 de agosto de 2004 dio a luz a su segundo hijo en el Hospital Universitario Santa Cristina, donde fue asistida por la comadrona y se le realizó una episiotomía. Tras el parto comenzó a sentir dolor en la zona, por lo que acudió repetidas veces al hospital, a su centro de salud y al ginecólogo.

[...] Ninguna alusión se hace a la posible práctica de la episiotomía ni, por supuesto, a los eventuales riesgos que conlleva. [...] La necesidad de consentimiento informado está establecida en el art. 4.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Implica el derecho de los pacientes a conocer «con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma», información que «comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias».

[...] Sin duda, el impreso que fue suscrito por la recurrente no obedecía a la finalidad que asignan al consentimiento informado tanto el Derecho positivo como la jurisprudencia [...].

Concurren, así pues, los requisitos necesarios para que surja la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por falta de consentimiento informado. [...] en consecuencia, condenamos a la Administración demandada a que indemnice a la recurrente en la cantidad de SEIS MIL EUROS (6.000 €).

En cuanto al Plan de Parto, aunque lo trataremos con más detalle en el capítulo 6, se trata de un soporte documental que recoge la voluntad de la usuaria, pero esta vez respecto al parto en particular y a cómo debe de ser la actuación del personal sanitario en éste. La gestante dice sí, no, o tal vez a las

intervenciones más comunes en el embarazo: enema, rasurado, episiotomía, etc...

Según el artículo 26 de la Ley de Autonomía del Paciente (BOE, 2002) o LAP:

Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

El modelo actual de atención al parto está superado y constituye un ámbito institucional de discriminación, violencia contra la mujer y privación de los derechos reconocidos en la Ley General de Sanidad y Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente.

3.4.4. Los hospitales IHAN

IHAN son las siglas de “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños”, y se trata de una acreditación concedida por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia de la OMS y Unicef, que debe renovarse cada poco tiempo y que actualmente sólo 16 hospitales españoles poseen, aunque hay tres decenas más en vías de obtenerla. Un hospital IHAN debe ofrecer una asistencia al parto acorde con la *Estrategia de Atención al Parto Normal* del Sistema Nacional de Salud, es decir, que en los partos hay que respetar continuamente el criterio de la parturienta, no realizar maniobras sin su consentimiento, permitirle adoptar las posturas que ella desee, respetar sus ritmos, minimizar el uso de instrumentos, y favorecer el contacto piel con piel desde un primer momento.

3.4.5. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio

El Ministerio de Sanidad publicó hace un año la nueva *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Su objetivo es sentar las bases de los protocolos hospitalarios para lograr que los partos sean cada vez menos intervencionistas, menos medicalizados y que la atención resulte más respetuosa. Para realizar la guía se ha utilizado la última evidencia científica de

cada tema tratado y con ello se intenta aportar recomendaciones para que en la práctica clínica se vayan asumiendo, se vayan utilizando cada vez más y, de ese modo, se logre dejar atrás la atención paternalista que ha reinado en décadas anteriores y las intervenciones rutinarias con escaso o nulo beneficio para la madre y/o el bebé. En cualquier caso, no dejan de ser recomendaciones, que los hospitales no están obligados a seguir más allá de su buena voluntad.

3.5. Brechas entre las normas jurídicas y su eficacia

Como hemos visto, en España supuestamente la violencia obstétrica, a pesar de no tener una legislación específica para impedirla, sí cuenta con diferentes normas y estrategias que deberían impedir que se dieran tantos casos:

- La legislación existente en materia de igualdad y de prevención de la violencia de género.
- Las recomendaciones de la ONU.
- La Declaración Universal de Derechos Humanos.
- La Ley de Autonomía del Paciente.
- El Consentimiento Informado y el Plan de Parto.
- La Estrategia de Atención al Parto Normal.
- Los Hospitales IHAN.
- Los distintos protocolos y recomendaciones en pos de un parto más respetado.

Sin embargo, ¿cómo puede ser que sigamos teniendo una de las tasas más altas de cesáreas de toda Europa? ¿Cómo puede ser que se niegue toda la evidencia científica disponible, que demuestra lo importante que es el modo de nacer en un gran número de factores de salud posteriores? ¿Cómo pueden negarse sistemáticamente las advertencias que la OMS lleva años haciendo? ¿Cómo puede ser que nadie detenga esta barbarie? Si los derechos de los pacientes varones se vulneraran por el mero hecho de su género... ¿esto se permitiría?

CAPÍTULO 4. PRÁCTICAS DE RUTINA: PODER SIMBÓLICO SOBRE LAS MUJERES EN EL EMBARAZO Y EL PARTO

4.1. Intervenciones innecesarias y excesiva medicalización

Dice Casilda Rodríguez (2010:27) que «la dominación y la represión de la sexualidad humana en general, necesariamente tiene que organizarse con una represión muy específica de la sexualidad femenina y de la maternidad». En efecto, como ya vimos en el capítulo 2, la represión de la sexualidad como mecanismo de control a la población pasa también por la maternidad, que es un acto sexual y sensual, patologizando dicho estado, logrando de ese modo una desconexión total entre las mujeres y sus cuerpos. El patriarcado posibilita esta desconexión, de hecho, la busca, porque así se reduce la sexualidad femenina al coito, a la genitalidad, a la dominación del hombre sobre la mujer. Reprimir la sexualidad exige una sumisión, y la sumisión a su vez exige una sexualidad reprimida: se trata de un círculo vicioso falocéntrico del que difícilmente se escapa.

Reprimir y patologizar van de la mano: con la desconexión, el cuerpo será visto como algo extraño, ajeno. Como ya hemos analizado, existe una patologización excesiva en todas las etapas de la sexualidad femenina: menstruación, embarazo, anticoncepción, parto, menopausia, etc. Anulando las hormonas, reprimiendo la sexualidad, se lleva a cabo un auténtico mecanismo de desvitalización, que es la estrategia patriarcal definitiva de dominación. Así se quebranta la autorregulación vital: el sistema médico ha conseguido usurpar la confianza que antaño tenían las mujeres en la autorregulación de sus cuerpos. Lea Melandri (1977) explica cómo nos miramos con el filtro de la mirada del hombre, deformando y reduciendo nuestra sexualidad, interiorizando así una violencia contra nosotras mismas. Es éste un caldo de cultivo idóneo para la violencia obstétrica. Porque la violencia obstétrica es un dispositivo más de control social.

4.2. El embarazo como un proceso de enfermedad: excesivas pruebas, excesivas ecografías, monitorización sin sentido

Cuando una mujer se queda embarazada, y acude al obstetra para la primera visita, empieza el proceso de patologización de su estado. En efecto, se le realizarán análisis, muchas ecografías “de recreo” —no son necesarias más que dos o tres, las restantes muchas veces añaden más preocupaciones que otras cosas, además se ha demostrado que las ecografías no son inocuas (Rakic, 2006)—, pruebas molestas (ingesta de glucosa para descartar diabetes gestacional, exudado vaginal y anal para detectar la presencia o ausencia del estreptococo, etc) o directamente inútiles (monitorizaciones continuas al final del embarazo que sólo están indicadas para fetos con cardiopatías).

El embarazo es un proceso natural en el cuerpo de las mujeres. ¿Por qué se trata como una enfermedad? Evidentemente, hay embarazos problemáticos, que requieren de una supervisión más rigurosa. ¿Pero qué pasa con los demás? ¿Por qué cualquier mujer nada más quedarse en estado entra a formar parte de una especie de categoría cercana a la enfermedad? En muchas mujeres embarazadas se acaba produciendo un efecto nocebo^{4*}: el nerviosismo aumenta, la tensión también, sólo por acudir a una visita de rutina. Así que acaba siendo una profecía autocumplida: cuando patologizamos un estado, éste puede convertirse en tal.

Además, son muy comunes las inducciones al final del embarazo para poner fin a éste y precipitar el parto cuando el cuerpo aún no está preparado. De manera protocolaria, las inducciones en España suelen realizarse estando de 41 semanas y 3 días, pero si no hay envejecimiento de la placenta no tiene ningún sentido, ya que no todas las mujeres son iguales, algunas pueden necesitar unos días más, y también pueden darse fallos en el cálculo de la edad gestacional, por lo que la embarazada puede estar de menos días de lo que se pensaba. En algunas clínicas privadas, las inducciones se realizan estando sólo de 40 semanas, lo cual es ilógico totalmente porque únicamente el 5 % de los bebés nacen en su fecha prevista de parto. Las inducciones (generalmente

⁴ Contrario al efecto placebo, empeoramiento de síntomas de una enfermedad por los efectos de una medicina o terapia.

mediante la aplicación de un gel de prostaglandinas^{5*} por vía vaginal, pero también pueden ser mediante un gotero de oxitocina sintética, como veremos en el siguiente apartado) son el inicio más obvio de la cascada de intervencionismos que no dejará progresar el parto de manera natural. Un parto inducido termina en cesárea hasta en un 50 % de los casos, conlleva muchos riesgos, y sólo debería realizarse cuando los beneficios superen los posibles riesgos.

4.3. La experiencia de parto institucionalizado: la patologización del parto. El círculo vicioso de la cascada de intervencionismos

Michelle Sadler (2004:15-66) hace esta distinción de los mecanismos de control social presentes en la atención medicalizada de un parto:

- **Homogeneización:** No se consideran las diferencias entre las mujeres, no se les pregunta su opinión ni su consentimiento, y se las trata como a sujetos pasivos de los servicios de salud.
- **Patologización:** Las parturientas son consideradas enfermas, alertando siempre de los riesgos, y usando con mujeres con un embarazo normal los mismos procedimientos que aquellas que tienen embarazos con problemas, impidiendo a las mujeres que confíen en sus propias sensaciones, delegando el conocimiento en las mediciones de los aparatos y en los análisis.
- **Fragmentación:** Las mujeres se encuentran fragmentadas, pues se aíslan los procesos fisiológicos de los factores emocionales, ambientales, culturales y sociales.
- **Naturalización:** Se trata a las mujeres como a seres pertenecientes a la naturaleza, y por ende poco racionales, por lo que se las infantiliza, negándoles información.
- **Contaminación:** Se recuerda constantemente a las parturientas que tienen que seguir las pautas y no interferir en el trabajo de los profesionales, que son quienes saben, impidiéndoles que accedan a sus propios cuerpos.

⁵ Sustancias con funciones similares a las de una hormona que está presente en el útero en el momento del parto.

- **Culpabilización:** Se responsabiliza a las mujeres de las dificultades que puedan producirse durante el parto; por ello, muchas mujeres hablan como si lo vivido por ellas fuera lo normal dentro del ámbito médico, acallando de ese modo sus percepciones subjetivas.

La violencia simbólica, según Sadler, resulta invisible porque se muestra por el discurso hegemónico como “necesaria” para “ayudar” a las personas: de ese modo, las mujeres se sienten obligadas a obedecer y a no cuestionar a los profesionales. Porque además, si lo hacen, la violencia hacia ellas aumenta. Así, «las técnicas modernas de represión son en general invisibles y no dicen lo que prohíben, porque decirlo es dar indicación de su existencia» (Rodrigáñez, 2010:19).

En España, se estima (EPEN, sin fecha) que **sólo el 10 % de las intervenciones obstétricas que se realizan habitualmente están basadas en la evidencia científica**. Esto quiere decir que hay un 90 % restante que tiene el potencial de causar daño sin beneficios demostrados. El problema además está en que los historiales no recogen las posibles consecuencias de los partos correctamente: en éstos no se habla de si la episiotomía o el fórceps ha causado algún desgarro, o de si la mujer ha sufrido de estrés postraumático tras dar a luz. Es decir, en los informes no hay indicio alguno de las **secuelas** de los partos. Pero la medicalización excesiva de los partos puede causar muchos daños, y muy serios:

- Las cesáreas y los partos instrumentalizados dejan secuelas físicas y psicológicas perdurables, de distinta gravedad en las madres, como depresión y SEPT* (*Síndrome de Estrés Postraumático*) posparto que pueden afectar las relaciones sexuales y reducir su fertilidad.
- Los trastornos ocurridos en el comienzo de la vida pueden tener una influencia posterior negativa en el desarrollo emocional, físico e intelectual de los niños.
- Los partos traumáticos y la separación madre-hijo perjudican la lactancia materna y el establecimiento del vínculo afectivo.

Según la OMS, un parto medicalizado es aquel que, aun habiéndose iniciado de forma espontánea, es dirigido mediante oxitocina sintética, rotura de membranas, y otras prácticas destinadas a acortar su duración. Así, se produce una “cascada de intervenciones”, un círculo vicioso que ya no se puede romper: cuantas más intervenciones, tantas más serán necesarias. Por ejemplo, una inducción cuando aún no era el momento del parto produce contracciones muy dolorosas, por lo que se administrará la epidural, pero entonces ésta frenará el parto, por lo que terminará en cesárea. Éste es un ejemplo clásico de cascada de intervenciones que únicamente consigue un parto a destiempo, repleto de medicalización, y que dejará a la mujer en una situación de pasividad absoluta, sin comprender muy bien qué ha sucedido. Patologizar el parto medicalizándolo acaba, pues, produciendo que esta cascada de intervencionismos sea muy difícil de parar, lo que llevará a un parto más largo: lo que quería evitarse al principio es precisamente lo contrario a lo que se está consiguiendo con el abuso del intervencionismo.

Los partos medicalizados producen, pues, un aumento injustificado del número de cesáreas y partos traumáticos, y esto hace a su vez aumentar el ingreso de los recién nacidos en unidades neonatales, empeorando la morbilidad* materno-infantil. Así, tanto madres como bebés corren graves riesgos, y supone además un despilfarro económico, pues se invierten recursos innecesarios y contraproducentes en unos partos que podrían haber sido totalmente normales si el intervencionismo no los hubiera hecho suyos.

Vamos a analizar una a una cuáles son las intervenciones más comunes⁶, en qué consisten y cómo y por qué se realizan, ordenándolas en la medida de lo posible cronológicamente, desde que la mujer embarazada llega al hospital hasta que nace el bebé.

4.3.1. Intervenciones en la admisión: amnioscopia y monitorización

La amnioscopia se utiliza para evaluar el líquido amniótico (color, cantidad), para detectar posibles complicaciones que pudieran dar cuenta de sufrimiento

⁶ Este apartado se ha realizado tras la lectura de múltiples artículos sobre el tema en la web de El Parto Es Nuestro.

fetal. Sin embargo, se trata de una prueba invasiva, con posibles complicaciones y con un gran número de falsos positivos, y que por ello no aporta información relevante.

La monitorización (cardiotocografía) es un procedimiento que se debería destinar únicamente a los fetos con cardiopatías, pero que hoy por hoy se administra rutinariamente, y que no aporta ninguna información útil en una gestante sin problemas, además de resultar molesto cuando el parto ha comenzado, ya que impide la movilidad: las tasas de intervencionismo innecesario aumentan con el uso de la cardiotocografía, pero no así el índice Apgar^{7*} ni la mortalidad infantil, lo que demuestra su dudosa utilidad. Además, también hay un tipo de monitorización que consiste en adherir un electrodo interno al cuero cabelludo del bebé una vez las membranas estén rotas, lo que es un procedimiento aún más invasivo y molesto, y puede causar heridas en la cabeza del bebé.

Según la OMS, no existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo (OMS, 1985). Se trata de un método de difícil interpretación: con frecuencia los registros se interpretan de forma distinta por diferentes facultativos, e incluso, por los mismos facultativos en distintos momentos. La sensibilidad del método con respecto a la detección de sufrimiento fetal es alta, pero la especificidad es baja, lo que produce una alta tasa de señales positivas falsas, y paralelamente un alto número de intervenciones (innecesarias), especialmente cuando se usa con un grupo de embarazadas de bajo riesgo (Curzen *et al.* 1984, Brothen *et al.* 1989, citados por Marcos, sin fecha).

Existe un método denominado “monitorización intermitente” que, mediante un estetoscopio o un monitor doppler portátil, permite al personal médico entrenado escuchar la frecuencia cardíaca de vez en cuando, sin apenas molestar a la parturienta, y sin afectar a su movilidad.

⁷ Examen clínico que se le realiza al recién nacido tras el parto.

4.3.2. Rasurado vaginal y enema

Según la OMS, los enemas se siguen usando con mucha frecuencia porque se supone que estimulan las contracciones uterinas y porque un intestino vacío permite descender a la cabeza fetal, y porque además se piensa que reducen la contaminación. También según la OMS, se presume que la depilación del vello púbico reduce infecciones y facilita la sutura pero no hay evidencia que lo corrobore. Las mujeres experimentan incomodidad cuando el vello vuelve a crecer y el riesgo de infección no se reduce. El uso rutinario podría incluso aumentar el riesgo de infecciones.

Se realizaron dos investigaciones clínicas que evaluaron tanto los efectos de la administración rutinaria de enema en el primer período del parto y su relación con las tasas de infección materna y neonatal como los efectos del rasurado perineal de rutina en la infección materna (Herrera en EPEN). La evidencia disponible es insuficiente para recomendar la aplicación de enemas y la realización de rasurado perineal a la parturientas para la prevención de infecciones perineales. Su práctica se considera injustificada debido a las molestias que ocasiona y se entiende como una práctica más destinada a la comodidad de los profesionales que a la de las mujeres.

4.3.3. Vía intravenosa

La cateterización intravenosa es una técnica invasiva que otorga acceso permanente al árbol vascular de la paciente, permitiendo una continua administración de fármacos y líquidos a la parturienta. Se le pone una vía a todas las mujeres nada más ingresar, pero la *Estrategia de Atención al Parto Normal* (ver punto 3.4.2.) indica que no debería colocarse de rutina, sino únicamente en caso de necesidad de antibióticos o medicamentos similares, colocándose la vía en ese momento y no antes. La vía es utilizada muchas veces para administrar medicamentos sin consentimiento y sin informar correctamente de qué se está introduciendo en los cuerpos de las mujeres (por ejemplo, oxitocina sintética destinada a que el parto se desarrolle más rápido). Una vía dificulta los movimientos, ya que los líquidos se cuelgan de un soporte

con ruedas, y únicamente moviendo dicho soporte podrá moverse la parturienta. Todo esto dificulta gravemente el poder cambiar con rapidez de postura.

4.3.4. Consumo de comida y bebida

Un parto es un acto que requiere de enormes cantidades de energía. De manera protocolaria, en muchos hospitales se impide a las parturientas acceso libre a la comida y a la bebida (se administran sueros por vía intravenosa para evitar la deshidratación), lo que no tiene ningún sentido en un parto normal, sino todo lo contrario. La administración excesiva de glucosa por vía intravenosa puede aumentar los niveles de insulina materna, y a la vez aumentar la glucemia fetal, llegando incluso a hiperinsulinismo fetal. Lo más lógico es, pues, que sea la propia madre la que ingiera los líquidos que necesite y que coma de manera ligera para que el cuerpo reciba la cantidad exacta de energía que necesite en esos momentos, ni más ni menos.

4.3.5. Tactos vaginales: interviniendo en la dilatación

Los tactos vaginales son exploraciones consistentes en introducir los dedos corazón e índice dentro de la vagina de la mujer embarazada, para palpar las estructuras pélvicas y el cuello del útero, supuestamente para saber primero si el útero está bien cerrado (es decir, que no es incompetente) y después para conocer cómo de cercana está la dilatación total (y, en el caso de las primerizas, el borrado del cuello del útero). Suelen realizarse desde el segundo trimestre de embarazo, y según se acerca el final de éste, cada vez son más frecuentes y numerosos. El día del parto, los tactos son continuos y permiten que el personal sanitario sepa cómo va progresando. Además de ser dolorosos, de violar la intimidad de las mujeres y de realizarse muchas veces sin el consentimiento de éstas, no aportan información relevante porque cada mujer necesita un tiempo específico para dilatar, no todas dilatan al mismo ritmo, y aparte con los tactos aumenta —lógicamente— el riesgo de infección.

La dilatación se realiza siguiendo un ritmo determinado en cada mujer, así, no hay dos mujeres que dilaten igual. Por lo tanto, mientras la parturienta vaya dilatando y no exista malestar fetal, no hay ningún motivo a priori por el que haya que intervenir en la dilatación. Por protocolo, en los partos hospitalarios se considera que la dilatación es adecuada cuando hay una contracción fuerte cada 2-3 min, de 80-90 segundos de duración, o un ritmo de 3-4 contracciones fuertes y palpables externamente cada diez minutos, pero si no hay indicios de malestar fetal, aunque la mujer dilate con menos ritmo, no hay ningún motivo por el que hacerla dilatar artificialmente.

4.3.6. Separación de membranas (maniobra de Hamilton)

Muchos profesionales aprovechan los tactos para realizar una maniobra de Hamilton, casi siempre sin comunicárselo siquiera a la paciente. No sólo está desaconsejada por la OMS, sino que resulta dolorosa y no está demostrada su eficacia. Consiste en separar la bolsa amniótica del cuello del útero para provocar el parto, intervención que en la mayoría de los casos no está justificada en absoluto. Así, puede producir contracciones, dolor, hemorragias y rotura prematura de membranas. Hoy por hoy, se suele realizar de manera protocolaria cuando la embarazada cumple 40 semanas de gestación, e incluso antes.

4.3.7. Uso de oxitocina sintética

La oxitocina es una hormona que ayuda a las mujeres a dilatar durante el parto. Sin embargo, al administrarla por vía intravenosa, y no pasar por el cerebro de la parturienta, no se producen las necesarias endorfinas para contrarrestar sus efectos (tiene un efecto mecánico sobre el útero, provoca una respuesta física en ese órgano, pero no afecta a nivel emocional ni conductual en la madre). Por ello, la administración de oxitocina, que además se suele realizar de manera protocolaria, no sólo produce un gran dolor físico, sino que suele ser el punto álgido de la cascada de intervencionismos, ya que de la mano traerá casi siempre la anestesia epidural: como la oxitocina sintética produce contracciones muy fuertes y dolorosas, la madre solicitará en esos momentos

que se ponga fin a un dolor que su cuerpo no está aún preparado para soportar, ya que no es el dolor que le habría venido de contar sólo con la oxitocina endógena. La oxitocina sintética tiene muchos efectos secundarios, entre los que cabe destacar:

- Mayor frecuencia de taquisistolía (más de seis contracciones en diez minutos).
- Mayor frecuencia de hipertonía del útero.
- Mayor riesgo de rotura de útero (especialmente en mujeres con cesárea previa).
- Mayor riesgo de sufrimiento fetal.
- Mayor riesgo de hemorragia posparto.
- Mayor tasa de partos instrumentales o cesáreas.
- Mayor riesgo de bebés más irritables y llorosos en los primeros momentos.
- Mayor riesgo de fracaso en la lactancia materna.

La oxitocina sintética está catalogada como medicamento de alto riesgo, sin embargo, se sigue usando de manera indiscriminada, protocolaria, casi siempre en dosis inadecuadas, y sin tener en cuenta que trae de la mano un gran número de intervencionismos médicos que no deberían tener que darse.

4.3.8. La anestesia epidural

La epidural es una técnica invasiva de administración de analgesia, que se realiza colocando un catéter entre las vértebras lumbares, a través del cual la anestesia irá administrándose poco a poco. Cuanto más tarde se coloque la epidural, menos consecuencias tendrá sobre el proceso del parto. Si se administra demasiado pronto, la parturienta dejará de tener sensaciones de parto, no sabrá cuándo tiene que empujar, todo se frenará, y aumentará por lo tanto el riesgo de que termine en cesárea. La epidural en el parto tiene un gran número de efectos secundarios:

- Hipotensión arterial, por lo que siempre hay que combinar la epidural con la administración de líquidos por vía intravenosa.
- Punción accidental de duramadre (membrana que recubre la médula), lo que produce fuertes dolores de cabeza.
- Dolor en la zona de punción tras el parto.
- Infección del lugar de la punción, que puede incluso provocar una meningitis.
- Disminución de las contracciones, porque la anestesia las para, por lo que a veces se sube la dosis de oxitocina sintética, con lo que de nuevo aumentan los riesgos.
- Falta de movilidad de la madre: al no sentir ya la mitad del cuerpo, y al estar administrándosele fármacos por vía epidural e intravenosa, el parto tendrá que ser en una posición única sin que la madre pueda variarla significativamente, lo que frenará la dinámica de dilatación. Esto produce que el bebé baje más despacio, al no poder ayudar la madre a esta bajada con su propio movimiento, y aumenta así el riesgo del uso de instrumentalización como ventosas o fórceps.
- Alteración de la frecuencia cardíaca fetal.
- Expulsivo más largo, lógicamente, al no tener sensación de pujo. Madre y bebé estarán cada vez más agotados, con lo que el siguiente puede ser una cesárea.
- Como la madre no siente dolor, deja de producir endorfinas, con lo que el bebé deja de recibirlas, lo que aumenta el sufrimiento fetal.
- Incremento de las fiebres intraparto.
- Problemas en la lactancia: riesgos de edemas, movimientos difíciles en las primeras horas, problemas en el agarre, y algunos bebés nacen con excesivo sueño a causa de la epidural, lo que dificulta la instauración correcta de la lactancia.

4.3.9. Rotura de la bolsa (amniorrexis)

Según la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, se recomienda no realizar amniorrexis artificial ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma normal, ya que las pruebas muestran que

esto no mejora los resultados. La OMS aconseja no romper la bolsa a no ser que haya una detención del proceso (unas cuatro horas de detención) y como primer paso para la estimulación del proceso, antes de poner oxitocina (otras cuatro horas, aproximadamente).

El peligro viene porque los microbios normales que viven en la vagina y que no pueden hacer ningún daño allí, tienen ya la puerta abierta y pueden entrar en el útero y provocar una infección en las aguas y las membranas. Realizar un tacto vaginal cuando se ha roto aguas ayuda a que se produzca este tipo de infección ya que con el tacto pueden desplazarse los microbios hacia arriba.

En el único caso en el que está justificada la rotura artificial de membranas es para extraer sangre al feto y medir el pH del bebé. En caso de grave sospecha de bienestar fetal sí es necesario romper la bolsa para hacer una prueba de pH, que consiste en sacar unas gotitas de sangre del cuero cabelludo y medir el pH. Pero sólo se justifica en ese caso para confirmar el sufrimiento fetal y ver si se trata de un falso registro o de un verdadero sufrimiento. Esta medida se ha comprobado que reduce el número de cesáreas innecesarias.

4.3.10. Falta de intimidad, presencia de demasiadas personas: estudiantes, exceso de personal...

El parto es un momento que debería ser íntimo y tranquilo, con el menor número de personas presentes, como sucede en las hembras mamíferas de todas las especies. Sólo con la intimidad adecuada el parto progresará de manera fluida y equilibrada. La adrenalina es lo contrario a la oxitocina, y si una mujer siente miedo durante el parto, éste se parará. Los partos masificados, donde entra y sale el personal sin respeto alguno por la intimidad de las mujeres no sólo pueden parar su dinámica, sino que además harán que las parturientas se sientan inseguras y estresadas tanto física como psíquicamente. En muchos hospitales, la presencia de estudiantes de prácticas sólo añade más ruido a los partos que, no lo olvidemos, son acontecimientos sexuales y, como tales, resultan fácilmente perturbables.

4.3.11. Inmovilización. Posición en decúbito (supina, litotomía) forzosa

La administración de fármacos por vía intravenosa, la epidural, la monitorización fetal continua, tienen un grave efecto colateral: la inmovilización de la mujer en el proceso de parto. Para que la dilatación de produzca a un ritmo adecuado, tiene que existir una total libertad de movimientos, porque éstos ayudarán a la cabeza del bebé a descender, y por ende, a que se dilate. Además, no contentos con dicha inmovilización, en muchos hospitales de manera protocolaria se obliga a parir en posición forzosa de litotomía, esto es, horizontalmente, lo que dificulta la salida del bebé, aumenta el uso de la episiotomía, e incrementa el riesgo de sufrimiento fetal y el dolor (y por ello, irá nuevamente de la mano de la epidural). Esta postura sólo está destinada a la comodidad del personal médico, que verá mucho mejor sin necesidad de tener que agacharse, pero en ningún momento piensa en la comodidad de la madre y en el progreso adecuado y sin intervenciones innecesarias de su parto⁸.

4.3.12. Episiotomía

La episiotomía es un corte en el periné, supuestamente para evitar desgarros. Pero la evidencia científica actual (Landy *et al.*, 2011) demuestra que con las episiotomías el riesgo de desgarros de tipo más grave es mayor. Por lo general cura mucho mejor un desgarro vaginal realizado de manera natural en el expulsivo (porque sólo se desgarrará hasta donde haga falta, muchas veces afectando sólo a un poco de piel, sin embargo en las episiotomías tienden a cortar “de más”, afectando al músculo), ya que la cicatrización de la episiotomía es lenta, dolorosa, molesta al sentarse, y puede llegar a producir incontinencia urinaria y fecal, dolores en las relaciones sexuales y sensación general de tirantez. La *Estrategia de atención al Parto Normal* y la Organización Mundial de la Salud desaconsejan el uso rutinario de episiotomías, pero en España se siguen realizando por protocolo en muchos hospitales. Afortunadamente, se ha bajado de un 90 % de episiotomías que se hacían a finales de los 90 a un 47 % a día de hoy, pero seguimos aún muy lejos de la cifra recomendada por la OMS

⁸ Se dice que la posición en litotomía comenzó a utilizarse en épocas de Louis XIV, ya que éste quería ver nacer a sus hijos cómodamente sentado en una butaca. Desde entonces, al observar los profesionales que así es más cómodo para ellos, se utiliza incluso protocolariamente. (Lattus; Carreño, 2010:41-40).

(no más de un 15 %). Marsden Wagner, exdirector del departamento Materno-Infantil de la Organización Mundial de la Salud, define la episiotomía sistemática como una forma de mutilación genital femenina (Wagner, 1999: 1977).

4.3.13. Pujos dirigidos

Está demostrado que los pujos espontáneos, esto es, aquellos que realiza la mujer cuando su cuerpo así se lo pide son mucho más efectivos que los dirigidos por el personal médico. El problema, nuevamente, viene en que por el uso de la epidural generalmente las sensaciones están totalmente anuladas, con lo que la mayoría no sabe cuándo empujar, así que lo realizará cuando se lo indiquen, prescindiendo de las indicaciones de su propio cuerpo.

4.3.14. Maniobra de Kristeller

La maniobra de Kristeller, esto es, apretar durante el expulsivo fuertemente en la tripa de la parturienta, ejerciendo así presión sobre el fondo uterino para aumentar la presión abdominal y ayudar al bebé a bajar, está hoy en día desaconsejada por la SEGO y la OMS, y se ha prohibido en muchos países. Aun así, en España se utiliza indiscriminadamente, sin tener en cuenta sus consecuencias. Los bebés pueden nacer con fractura de hombros o clavícula, desgarros musculares, hematomas, lesiones en órganos internos, hipoxia, incremento de la presión intracraneal, etc. Para las madres, puede suponer un desprendimiento de placenta, un desgarro uterino, un prolapso urogenital, un aumento del riesgo de desgarros graves, así como hemorragias, contusiones y fracturas.

4.3.15. El parto instrumental

Se llama así a un parto en el que se usan instrumentos para extraer al bebé del canal de parto: **fórceps** (dos palas articuladas con la que se extrae el bebé tirando de su cabeza), **espátulas** (parecidas a los fórceps pero sin articular entre sí) y **ventosas** (se extrae al bebé mediante una campana que hace el vacío). Si las mujeres tuvieran libertad de movimientos y de posición, en la

mayoría de los casos estos instrumentos no serían necesarios. Pueden causar desgarros, lesiones, hematomas y dolor en la madre y heridas, hemorragias, laceraciones, fracturas y dolor en el bebé.

4.3.16. Las cesáreas innecesarias. Las cesáreas didácticas

Una cesárea es una incisión quirúrgica en el abdomen y el útero para extraer por ahí al bebé. Se cortan cinco capas diferentes de tejido, por lo que es considerada una operación de cirugía mayor. La OMS recomienda entre un 10 y un 15 % de cesáreas. Sin embargo, en España los porcentajes se disparan alarmantemente (Armendáriz, 2013), sobre todo en algunas clínicas privadas, donde pueden llegar a rozar cifras escandalosas (las cesáreas son más caras que los partos normales, con lo que se cobrará más de la aseguradora realizando esta operación). Así, ha pasado de ser algo que se realiza en casos excepcionales (placenta previa, prolapso de cordón, posición transversa del feto, desprendimiento de placenta, ruptura uterina, sufrimiento fetal confirmado, desproporción pélvica auténtica, tumores uterinos, etc) a convertirse en la vía rutinaria de nacimiento de uno de cada cuatro o cinco niños.

Muchas veces se programan cesáreas porque la madre quiere que su hijo nazca en una fecha determinada, o porque tiene miedo al parto (cuando la recuperación de una cesárea es mucho peor), o porque el médico no puede asistir el nacimiento más que en unas fechas determinadas. Otras veces, aunque no se trate de cesáreas electivas, al ver que el parto “no progresa adecuadamente” ése será el final casi seguro, cuando en la mayoría de ocasiones es la propia cascada de intervenciones la que produce que esa progresión no sea la adecuada. También, pueden estar asistiendo estudiantes al parto, con lo que se realizan “cesáreas didácticas”, para que éstos aprendan cómo se realizan.

Una cesárea es una operación importante. Las mujeres corren un riesgo de 5-7 veces mayor con una cesárea que en un parto vaginal (CIMS, 2010). Tiene un gran número de complicaciones: lesión de vejiga, de útero o de vasos sanguíneos, hemorragias, coágulos, infecciones, parálisis intestinal, dolor en la

cicatrización, dolor pélvico, dolor en las relaciones sexuales, problemas intestinales... Además aumenta el riesgo de infertilidad posterior, de abortos espontáneos posteriores, de embarazos ectópicos, de problemas con la placenta y de ruptura uterina. Las madres tienen peor autoestima, sensación de haber fallado, y aumentan sus probabilidades de desarrollar depresión postparto y de no desarrollar un vínculo con el bebé desde el primer momento, bajando las tasas de lactancia materna exitosa. En cuanto a los bebés, pueden ser extraídos prematuramente, los valores Apgar* son más bajos de media, pueden ser lesionados por el bisturí, presentan más problemas respiratorios y son cinco veces más frecuentemente ingresados en la UCI que los bebés nacidos vaginalmente. Por supuesto, con las cesáreas de repetición los riesgos aumentan, siendo la recuperación cada vez más complicada, y acarrea dos veces más riesgo de muerte materna en comparación con un parto vaginal.

Cuando el bebé pasa por el canal de parto, arrastra las bacterias vaginales de su madre, lo que es beneficioso desde el punto de vista de su sistema inmune. Sin embargo, cuando se realiza una cesárea no tiene esta primera transmisión. Por lo tanto, una cesárea sólo debe realizarse cuando los beneficios superan a los riesgos.

4.3.17. Separación madre-bebé

Cada vez se tienen más evidencias de los beneficios del contacto piel con piel entre la madre y el bebé. Pero en muchos hospitales, se separa a la díada madre-bebé por diversos motivos: vacunas, pesarle, realizar una revisión de salud, vestirle, bañarle... Ninguna de estas cosas son normalmente urgentes y pueden realizarse horas después de nacer, y sobre la propia madre, sin necesidad de llevarse al bebé. Según el neonatólogo Nils Bergman (2002): «el cuerpo de la madre es el hábitat del recién nacido», y resulta imprescindible tanto para la madre como para el bebé que no se produzca esa separación, pues así queda garantizado el vínculo y las tasas de lactancia materna serán mucho más exitosas.

En cuanto a los bebés que necesitan ser hospitalizados, mientras que en todas las UCI de países como Suecia, Gran Bretaña o Luxemburgo los padres tienen libre acceso, en España sólo se permite el acceso en un 11 % de unidades, y sólo se practica el método madre canguro^{9*} en un 23 % (Perapoch López *et al.*, 2006).

La separación madre-bebé es, por lo tanto, absolutamente perjudicial y no está justificada más que en casos extremadamente graves.

4.4. ¿Por qué necesita el patriarcado que el parto sea doloroso?

La libido femenina conlleva la autorregulación de la vida y su conservación. Todos los mamíferos tienen en sí una atracción irrefrenable entre la madre y su bebé, pero además en la especie humana, donde los bebés nacen totalmente desvalidos a causa de la bipedestación¹⁰, esa atracción es aún más necesaria si cabe. Pero a la sociedad patriarcal esta atracción libidinosa le estorba, por eso se ha ocupado a lo largo de estos milenios de romper la simbiosis madre-bebé (Odent, 1990), para que nada más nacer el bebé se encuentre en medio de un desierto afectivo, de la asepsia libidinal, y de todo tipo de carencias físicas, para las que su cuerpo no estaba preparado. Ya lo dice Casilda Rodríguez (2000):

El malestar de nuestra cultura se debe a todo lo que desencadena la robotización de la función materna, al desquiciamiento de la sexualidad, las relaciones patológicas y el desierto afectivo que este desquiciamiento produce.

Nacer en medio del miedo y perpetuar ese miedo de generación en generación hace posible que las estructuras de poder se mantengan.

Entregar el momento del parto a la asepsia hospitalaria, al personal médico, a las máquinas de medición, es rendirnos a nuestros miedos, es permitir que la sexualidad siga reprimida, es posibilitar esa desconexión total con nuestros cuerpos. Si el parto duele, las mujeres tendrán miedo de ese momento, que se

⁹ Método que coloca al bebé piel con piel con la madre o el padre, aunque tenga que seguir llevando respiración asistida o similar; se ha demostrado absolutamente beneficioso, además reduce el tiempo de hospitalización de los bebés.

¹⁰ Los bebés humanos nacen en estado aún fetal comparados con otros mamíferos, ya que de lo contrario no podrían pasar por el canal de parto. Por ello son totalmente altriciales* (nacen en un estado muy temprano de su desarrollo y no tienen movilidad) y dependientes comparados con otros mamíferos que pueden incluso caminar a las pocas horas de nacer.

les antoja extraño, patológico, fuera de control. De ese modo la cadena de poder y represión puede continuar. Porque, mediante el dolor y el miedo, manejar a las personas es lo más sencillo del mundo.

4.5. Los abortos y su tratamiento físico y emocional

Se considera que un aborto espontáneo se produce cuando el embrión o feto muere en el vientre materno antes de las 22 semanas de vida. Después de esta fecha, se habla de muerte fetal.

En cuanto a los abortos inducidos, éstos pueden realizarse hasta las 22 semanas de vida del feto, ya sea por motivos médicos o bien por decisión de la madre.

Tanto en caso de aborto espontáneo como en caso de aborto electivo^{11*}, se trata de una situación tremendamente delicada para la que es necesaria una gran dosis de sensibilidad por parte de los profesionales que atienden a la mujer embarazada. Mermar los sentimientos y emociones de las mujeres en esos momentos es otra forma más de violencia obstétrica. Los mecanismos que se aplican en un parto, según Sadler, y que veíamos más arriba, son calcados para el manejo de los abortos. Se inicia un proceso de duelo, muchas veces incluso cuando el aborto es electivo*, y para esto es necesario que el profesional se muestre respetuoso y paciente.

¹¹ Por elección, interrupción voluntaria del embarazo.

CAPÍTULO 5. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Tanto en el postparto inmediato (los primeros días después de parir) como en el puerperio (las primeras semanas, esto es, el tiempo en que tarda el organismo en volver más o menos a su estado normal), los signos de la violencia obstétrica hacen mella, física y psicológicamente, y no sólo en la parturienta y en el bebé, sino en todo el entorno de éstos.

5.1. Consecuencias físicas en las mujeres

5.1.1. La lactancia materna

Es posible tener una lactancia satisfactoria aunque el parto no haya ido bien. Sin embargo, cómo ha sido el parto influye absolutamente en el establecimiento de la lactancia materna, así que cuanto menos intervenido sea un parto, menos probabilidades habrá de que existan problemas en la lactancia. Los más comunes serán los siguientes:

- **En la madre:** si se usan antibióticos, puede producirse una alteración en la flora bacteriana que derive en obstrucciones^{12*} y mastitis^{13*}; el suero intravenoso puede “hidratar de más” a la mujer, con lo que aumentan las probabilidades de ingurgitaciones^{14*} con sus consiguientes problemas de agarre; las cesáreas pueden producir tal dolor que dificulte las posturas de amamantamiento. Además, psicológicamente las madres que han vivido una experiencia de violencia obstétrica pueden sufrir tal nivel de SEPT* que la lactancia no sea posible o tenga grandes dificultades.
- **En el bebé:** la epidural puede producir que el bebé salga muy adormilado, lo que interfiere en el desarrollo normal de la lactancia —que ha de comenzar lo antes posible—; la administración de oxitocina provoca niños más irritables, lo que interfiere en un establecimiento tranquilo y reposado de la lactancia; las inducciones antes de tiempo también pueden dar como resultado bebés inmaduros aún con poca

¹² Pequeño bulto en la mama por la obstrucción de algún conducto a causa de drenar incorrectamente la leche en esa zona.

¹³ Infección de la mama por bacterias en un número inusualmente alto.

¹⁴ Aumento del tamaño y volumen del pecho por acumulación de leche.

fuerza para mamar, con lo que se saltan tomas y entran en un círculo vicioso, porque a más tomas se salten, menos fuerza tendrán.

En algunos hospitales, además, separan a los recién nacidos de sus madres nada más nacer, o después por las noches mediante el uso de los “nidos”, lo cual es un grave error porque impedir el piel con piel constante baja considerablemente las probabilidades de éxito en la lactancia materna.

5.1.2. Incontinencia

Las posturas antinaturales durante el parto, los pujos dirigidos, la episiotomía o el uso de instrumentalización pueden producir incontinencia en las mujeres en distintos grados. Así, se calcula que un 10 % de las mujeres que tienen un parto vaginal padece incontinencia severa que, de no tratarse correctamente, se agudiza aún más con los años (Cano, 2011). La incontinencia también puede ser fecal, produciendo además por ello graves secuelas psicológicas en la víctima, alterando su calidad de vida.

5.1.3. Hemorragias

Todas las mujeres pierden sangre después del parto, especialmente las que han pasado por una cesárea. El sangrado normal se debe a que quedan vasos sanguíneos abiertos en el útero, donde estaba adherida la placenta. Sin embargo, hasta en un 5 % de los casos, se dan hemorragias puerperales, generalmente porque el útero no tiene suficiente fuerza para contraerse correctamente, cosa que puede suceder tras un parto muy largo y cansado, lo que se denomina “atonía uterina”. Si las contracciones han sido manipuladas artificialmente mediante la administración de oxitocina sintética, el riesgo a sufrir una hemorragia puerperal aumenta. Otra causa de hemorragia puerperal es una complicación relativamente rara pero grave, conocida como placenta *accreta*, en la cual la placenta no se desprende porque se encuentra implantada dentro del útero a demasiada profundidad; este riesgo aumenta con cada cesárea.

5.1.4. Desgarros

En un parto respetado^{15*}, generalmente los desgarros que se pueden dar son menores, muchos de ellos no necesitan ningún punto para su recuperación. Sin embargo, son mucho más graves los desgarros en partos instrumentalizados. Igualmente, la episiotomía no sólo no evita los desgarros, sino que aumenta el riesgo de padecerlos.

Se clasifican en desgarros de primer grado (superficiales, básicamente sólo algo de piel), de segundo grado (algo más profundos, requieren de puntos), de tercer grado (tejido vaginal, piel del perineo y músculos del perineo que se extienden hasta el esfínter anal) y de cuarto grado (atraviesa el esfínter anal y el tejido de debajo). Alrededor de un 4 % de las mujeres tienen desgarros de cuarto grado, que producen un gran dolor durante meses así como mayor riesgo de incontinencia anal.

5.2. Consecuencias psicológicas

Si bien las secuelas físicas de la violencia obstétrica pueden ser terribles, las psicológicas, quizás, permanecen aún más tiempo y son de media más comunes.

5.2.1. Depresión postparto

Muchas madres refieren haber pasado por una depresión postparto. Sin embargo, en la mayoría de los casos, se trata de una tristeza momentánea, común después de la bajada de los niveles hormonales tras el parto, que remite en unos días, algo así como una depresión leve, lo que en inglés se llama *baby blues*. La depresión postparto real es más seria, y necesita de tratamiento porque no remite sola. Uno de los factores de riesgo para padecer depresión postparto (Mata, 2015) es haber sufrido un parto traumático y/o violencia obstétrica. En palabras de Laura Gutman (2012:47):

¹⁵ Dícese del parto en el que se respetan los derechos de la mujer, sus deseos y necesidades, los derechos del bebé, y los de la propia fisiología del parto.

La verdadera tragedia de los partos masificados es que las madres terminamos tan humilladas y despersonalizadas, que el modo de salvarnos es desconectando de “eso” que nos ha traído tanto malestar y sufrimiento. Eso es el bebé que no logramos sentir como propio. No sentimos apego...

5.2.2. Estrés postraumático

Se estima que entre un 2 y un 6 % de las mujeres desarrollan un trastorno de estrés postraumático completo después del parto y alrededor de un 35 % presenta algún grado de éste (Olza, 2014:79). Los estudios muestran que todas las mujeres que desarrollan dicho trastorno refieren haber recibido cuidados inadecuados, no teniendo ningún control sobre su experiencia de parto. Habían sido ninguneadas, tratadas de forma autoritaria y sin respeto alguno. Muchas siguen teniendo recuerdos muy vívidos incluso años después del parto (*ibid.*:80).

5.2.3. Secuelas emocionales

Aunque no todas las víctimas de violencia obstétrica desarrollen una depresión postparto y/o un trastorno de estrés postraumático, sí queda una huella emocional, de mayor o menor grado. Las secuelas emocionales por sentirse ninguneadas, humilladas y desempoderadas pueden tardar más o menos tiempo en sanar, pero desde luego constituyen una experiencia tremendamente desagradable, una herida enterrada en muchísimas mujeres.

5.3. Consecuencias en el recién nacido

Los recién nacidos son también víctimas en este contexto. Dice el ginecólogo Michel Odent que la atmósfera del parto es absolutamente crucial para garantizar la correcta secreción de oxitocina en las mujeres. Según él (Odent, 2005), «para cambiar el mundo es necesario cambiar la forma de nacer»: si el momento del nacimiento es un acto violento, los recién nacidos son sacados abruptamente y sin respeto a sus ritmos, también se abre una herida en ellos. Es más, según Balint (Rodrigáñez, 2008), la ruptura de la simbiosis madre-bebé produce una herida psíquica muy importante, que aparece claramente

cuando se analiza la psique de los seres humanos de nuestra sociedad. Es lo que se denomina “la ruptura de la simbiosis primaria”, y sobre ella ha insistido también el neonatólogo Nils Bergman (2002), según el cual las complicaciones que suceden durante el nacimiento afectan a la personalidad, a la capacidad relacional, a la autoestima, y a los esquemas de comportamiento a lo largo de toda la vida. Si a ello se le añade el rechazo de la madre y la ausencia unión con la madre (*bonding*), podemos constatar una fuerte correlación con un comportamiento criminal y violento (Rodrigáñez, 2008).

5.4. Consecuencias en otros familiares y en el entorno de la víctima

Por último, las consecuencias también salpican al entorno más próximo a la víctima, principalmente el familiar, al igual que sucede en cualquier otro tipo de violencia de género. Cuando se pasó del modelo de parto donde las mujeres eran protagonistas, donde podían estar acompañadas por toda su familia, al modelo donde se encuentran prácticamente solas en una fría sala de hospital, algo se quebró. Según explica la argentina *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia* (MSA, 2004), el parto es ahora visto como una enfermedad, un acto donde los profesionales de la salud han dominado y subordinado a las embarazadas y a sus familiares. Al igual que se sabe que los hijos de mujeres maltratadas tienen peores problemas de salud, tanto física como psicológica (Matud, 2007:45-53)... ¿quién sabe qué secuelas puede tener la violencia obstétrica en el entorno más cercano de la víctima, principalmente sobre sus hijos?

Una persona con una herida, física y/o psíquica, arrastra irremediabilmente a sus seres queridos. La violencia obstétrica es por lo tanto un problema de salud pública, porque el número de afectados, de manera directa o indirecta, es mucho mayor de lo que parece a simple vista.

CAPÍTULO 6. LA HUMANIZACIÓN DEL PARTO COMO REIVINDICACIÓN FEMINISTA

Dijo María Llopis, activista *queer* (Manrique, 2014): «¿dónde queda nuestra práctica feminista si ignoramos al útero?». Si en la medicina el patrón por defecto es el masculino, porque la visión es profundamente androcéntrica, si no se trata para nada de una institución neutral, objetiva y libre de influencias ideológicas, si en realidad esconde posiciones altamente sexistas, como hemos analizado en anteriores capítulos... ¿cómo no va a ser una reivindicación feminista el recuperar el espacio que nos pertenece, el no dejarnos amedrentar por discursos donde se reprime la sexualidad femenina, donde persevera la visión de las mujeres en tanto que inferiores y dependientes? Porque aceptar que se perpetúe el orden social de este modo sólo conseguirá que las madres aparezcan como abnegadas y sacrificadas, como obedientes y sumisas con los controles médicos, víctimas sin saberlo de un paternalismo flagrante.

6.1. ¿Quiénes están implicados en el seguimiento del embarazo y el parto?

En el proceso de seguimiento del embarazo y el parto en hospitales tradicionales, básicamente, intervienen los siguientes profesionales:

- **Matronas (comadronas).** Son quienes se encargan de realizar los reconocimientos de rutina a lo largo del embarazo (pesar, medir, dar recomendaciones generales, solicitar analíticas, impartir cursos de preparación al parto, etc) y quienes atienden en un primer momento el parto (e incluso todo él, en determinados centros, si éste no tiene complicaciones). Se trata de una especialidad obstétrico-ginecológica dentro de la carrera de enfermería.
- **Ginecólogo obstetra.** Médico especializado en la salud de la mujer, el obstetra es además el especialista en embarazos y partos. Si el parto avanza correctamente, su presencia no es siempre necesaria, ya que la matrona está perfectamente capacitada para atenderlo sola.
- **Anestesista.** Si se requiere el uso de epidural, o de anestesia general en determinados casos, el anestesista será el único que pueda ponerla.

Generalmente no estará en el paritorio más que en el momento de aplicarla.

- **Equipo de enfermería.** El equipo se compone de enfermeros y auxiliares, e incluso de celadores para realizar los traslados de la gestante de un lugar a otro.
- **Pediatra.** Será el médico encargado de realizar la primera revisión al bebé cuando éste nazca y de comprobar sus valores Apgar* y su estado de salud general.
- Ocasionalmente, además, puede haber **estudiantes** de enfermería y/o medicina presentes en el parto, evidentemente las parturientas deberían poder negarse a ello.

En el año 2008 se llevó a cabo una revisión Cochrane^{16*} de 11 estudios (Hodnett *et al.*, 2008), y se demostró cómo los partos que eran atendidos sólo por matronas utilizaban menos la epidural, menos instrumentalización, y sufrían menos episiotomías que aquellos en los que intervenía el obstetra.

6.2. Aquí el que sabe soy yo: relaciones asimétricas entre las mujeres y los profesionales

Ya vimos en el capítulo 2 cómo el seguimiento del embarazo y el parto pasó de las manos de las comadronas a las manos del obstetra, del hogar al hospital, de ser un proceso fisiológico a ser un proceso patológico.

En 1738 el médico de la reina de Francia introdujo por primera vez la práctica de parir tumbada, porque el Rey Sol quería ver nacer a su hijo cómodamente sentado en una butaca. Diez años después, el Dr. William Cadogan (Panuthos, 1987:12) escribía:

Con gran placer veo que el fin de la preservación de los niños se ha convertido en responsabilidad de los hombres. Este oficio se ha dejado demasiado tiempo en manos de la mujer, de quien no pueden esperarse conocimientos adecuados para esta labor.

¹⁶ Prestigiosa colección de artículos científicos sobre embarazo y parto.

Desde el siglo XVIII, los partos pasan definitivamente a manos masculinas en occidente. Rich (1978) explica cómo aumentó en dicha época la mortalidad de madres y recién nacidos a raíz de la medicalización de los nacimientos, pues los médicos de la época desconocían las técnicas de esterilización e higiene básicas y sus instrumentos transmitían los gérmenes de una parturienta a otra. A partir del siglo XX, curiosamente se agradeció a la medicina el descenso de la mortalidad materno-infantil, cuando fue realmente un problema autoprovocado. Pero sirvió sin ninguna duda de mecanismo para justificar su intervención imprescindible en los partos.

Sprague Gardien (1966, citado por Colectivo de mujeres de Boston, 1978) escribió: «La mujer espera ser reconocida, aceptada y aprobada por una figura autoritaria (el médico) a cuyas manos ha entregado completamente no sólo su persona sino también al niño por nacer». Sobre esto opinarían las autoras del mítico *Our Bodies, Ourselves* del Colectivo sobre salud de las mujeres de Boston (1978):

Muchas de nosotras estamos buscando una figura autoritaria, buscamos un padre en nuestro médico. Y los médicos alimentan nuestra dependencia como algo saludable y terapéutico beneficioso (¿Para quién?).

Tubert (1996:7) define a la clase médica como: «una profesión organizada a la manera del clero e investida, en lo que atañe a la salud y al cuerpo, de poderes similares a los que aquél ejerce sobre las almas». Mitificar la ciencia es lo que ha posibilitado que la visión androcéntrica se imponga como neutra y actúe reforzando el sistema de dominación masculino: lo objetivo sería lo masculino, y viceversa. Lo masculino siempre es “el valor por defecto”: en cualquier gráfico del cuerpo humano, la figura que se muestra es la de un hombre. Hombre y ser humano serían casi equivalentes, siendo las mujeres la alteridad, lo otro.

Instrumentalizando el embarazo y el parto, patologizándolos, las mujeres rozan el estado de “bomba de relojería”, que hay que observar y guiar minuciosamente, con todo el rigor científico y la objetividad (masculina, androcéntrica) que se suponen imprescindibles en estos tiempos modernos.

Hoy en día, los profesionales cumplen un rol fundamental en este proceso de medicalización y patologización: ejercen un control social sin ser agentes de dicho control, porque no cuestionan sus propias prácticas, viéndolas como lo apropiado, lo necesario, lo objetivo, lo científico. Según Basaglia (1972), los profesionales tienen un mandato “invisible”, del que no son conscientes, que es enmascarar la violencia propia de una sociedad desigual. Así, ejercen la violencia legitimándola en un supuesto saber técnico-científico, cosificando en el proceso a las personas con quienes trabajan: de este modo, las mujeres gestantes se convierten en cuerpos alienados, en sujetos pasivos, meros contenedores de un feto, y cuya única misión será la de obedecer.

Una pregunta que muchas personas se hacen al analizar el estado de la medicina en estas cuestiones es: ¿qué ocurre con las mujeres médicas? Por desgracia, la mayoría de las veces, éstas reproducen al discurso masculino. Obedecen a las enseñanzas aportadas por los médicos y excepcionalmente responden a una conciencia de género: si lo objetivo, lo científico, lo protocolario es lo que se les ha enseñado, es difícil salir de ese estado. Porque la violencia obstétrica es estructural, y como tal se perpetúa en un sistema que al legitimizarla la invisibiliza.

¿Qué sucede realmente entre las mujeres y los profesionales de la salud, principalmente los obstetras? ¿Por qué las relaciones asimétricas entre ambos se siguen legitimando? El modelo médico hegemónico, al que estamos acostumbrados, prioriza el concepto de enfermedad, el curar, sobre la prevención de dicha enfermedad, situándose siempre el profesional por encima del paciente, que se convierte en un ente subordinado de las prácticas médicas (la propia palabra “paciente” alude a la pasividad de éste), incapacitado totalmente para tomar decisiones sobre su propia salud. En este modelo médico, mujeres y profesionales no pueden establecer un diálogo adecuado, porque la propia desigualdad lo imposibilita, y además al tratarse de mujeres la desigualdad es doble: en tanto que pacientes, y en tanto que género. El médico siempre saldrá más reforzado, más poderoso, y las mujeres más incapacitadas, con mayor necesidad de tutela y de guía. «Aquí el que sabe soy yo... y no hay más que hablar».

En este modelo de salud las mujeres no son consideradas sujetos con criterio propio, y no disponen por lo tanto de un espacio en el que discutir con el médico el diagnóstico de éste. No existe reciprocidad, ni participación, ni se permite que las mujeres se responsabilicen de su propia salud.

6.3. Las razones que llevan a los profesionales a la violencia obstétrica

Dentro de este marco conceptual, donde vemos que partimos de una concepción de determinismo biológico de la medicina, donde hay una enorme desigualdad de base... ¿cómo no va a surgir la violencia obstétrica? Si los profesionales ven los cambios fisiológicos en los cuerpos femeninos como algo patológico, si consideran que la desconexión de las mujeres con sus cuerpos es lo deseable, si éstas no son sujetos sino objetos, si no se les permite responsabilizarse de sus propios cuerpos, de sus sensaciones, de su salud... ¿cómo no va a ser éste un estupendo caldo de cultivo no sólo para todo tipo de discriminaciones de género, sino sobre todo para toda clase de violencias más o menos silenciadas?

Podemos distinguir entre tres tipos de razones principales que llevan a los profesionales a la violencia obstétrica (Olza, 2014):

- **Razones profesionales** (económicas, miedo a demandas, etc). Económicamente, en la sanidad privada, un médico cobrará más en un parto con más instrumentalización que en uno con menos. Además, las cesáreas pueden acortar notablemente la duración de un parto. La tentación de cobrar más por trabajar menos tiempo puede ser alta en muchas personas. En palabras del catedrático Antonio Pérez (Quiñonero, 2002):

La coacción psicológica que veladamente puede ejercer el médico en su beneficio constituye una grave falta ética. Pues con engaño busca obtener autorización para adelantar un acto que a la luz del conocimiento científico implica un riesgo innecesario.

Por otro lado, la inmensa mayoría de las demandas médicas en los juzgados son por “no hacer”, con lo que la medicina tiene una tendencia natural a intervenir en exceso, cuando a veces lo indicado es precisamente no intervenir, como ya hemos visto.

- **Razones personales** (prejuicios, ignorancia). En palabras de Ibone Olza (2014:81):

Si los profesionales no tienen un espacio de apoyo donde abordar este aspecto iatrogénico^{17*} de los cuidados pueden entrar en una espiral de medicalización creciente como única estrategia defensiva. Entonces el parto se percibe como un suceso muy peligroso, “una bomba de relojería a punto de estallar”, sin que los que lo atienden lleguen a ser conscientes de cómo la cascada de intervenciones innecesarias desencadena la iatrogenia* dando lugar a más intervencionismo, más riesgo y más dolor.

Además, los profesionales pueden no tener suficiente formación en cuanto a los aspectos emocionales del parto, con lo que a esa cadena iatrogénica* habría que sumar una incompetencia más o menos evidente para manejar el lado psicológico y emocional de las parturientas.

- **Razones físicas** (cansancio, *burnout*, turnos muy largos). Está demostrado que los profesionales “quemados” atienden peor a los pacientes, generando un trato aún más deshumanizado. Por ejemplo, un estudio realizado en Barcelona con 162 residentes de la especialidad en ginecoobstetricia mostró una prevalencia de 58 % de síndrome de desgaste profesional (Mingote, 1999). España es además un país con una gran tasa de *burnout* en médicos en general (Grau *et al.*, 2009).

6.4. El debate entre partos medicalizados y partos naturales

Para evitar la excesiva instrumentalización —y deshumanización— del proceso del parto, en 2007 se aprobó en España la *Estrategia de Atención al Parto Normal* en el Sistema Nacional de Salud, una propuesta del Ministerio de Sanidad. Sin embargo, a día de hoy, según los datos de Sanidad, el 53 % de

¹⁷ Patología causada por la intervención médica.

los partos se estimulan con oxitocina y en el 42 % se realiza episiotomía. Entre ocho y nueve partos de cada diez son en posición de litotomía, que resulta mucho más cómoda para el personal sanitario pero no así para la parturienta. Y sólo en un 50 % de los nacimientos se favorece el contacto piel con piel entre madre y bebé.

En cuanto al porcentaje de cesáreas, aunque la OMS aduce que éste debería estar siempre entre el 10 y el 15 %, en España éste sigue subiendo alarmantemente: según datos del Ministerio de Sanidad, fue de 24 % en 2003, 25 % en 2005, 26 % en 2007,... Esto significa que al menos la mitad de las cesáreas que se realizan en España están injustificadas, que hay 50.000 mujeres sometidas a una intervención de cirugía mayor cada año sin ningún motivo médico auténtico. Lo curioso de los datos es que generalmente los porcentajes aumentan drásticamente en las clínicas privadas. ¿Quiere esto decir que las mujeres que acuden a la sanidad privada tienen el periné menos elástico, dilatan peor, o directamente no son capaces de parir? ¿O tiene más que ver con los protocolos totalmente obsoletos (y también cierto afán pecuniario) de determinadas clínicas privadas?

El debate entre partos medicalizados y partos naturales está abierto desde hace años, y cobra cada vez más fuerza.

6.5. Los partos respetados

Si el nacimiento es un proceso natural, ¿por qué se trata como a algo patológico? Un parto respetado* tendrá en cuenta todo el tiempo los deseos de la madre, que será tratada como un sujeto con derecho a decidir y a responsabilizarse de su propia salud¹⁸. No se utilizarán instrumentos a menos que sean absolutamente necesarios, se permitirá que la madre adopte las posturas que ella considere, no se hará episiotomía, ni se rasurará a la parturienta ni se le pondrá un enema. Se le permitirá beber y comer ligero. Y, sobre todo, se le informará en todo momento del siguiente paso, pidiéndole su opinión sobre éste.

¹⁸ Un parto natural es el que no ha necesitado de intervenciones. Un parto respetado es aquel que, aunque pueda tener alguna intervención o medicalización, éstas sean siempre respetuosas, en consenso con los deseos y la decisión de la madre.

Según un estudio desarrollado por distintos investigadores del Parc de Salut (Comas *et al.*, 2011), el precio de un parto en un hospital público en España es de unos 4328 euros de media, pero si hay que hacer una cesárea, la cantidad sube hasta 5815 euros de media, y baja hasta 3682 euros si se trata de un parto vaginal en el que no hay que usar instrumentación. Los propios autores del estudio advierten de la disparatada tasa de cesáreas que hay en nuestro país, y del gran coste económico de éstas. Así, vemos que no sólo los partos naturales son beneficiosos para la salud de la gestante y de su bebé, sino que a nivel económico suponen también una gran ventaja.

6.5.1. Atención en el embarazo

Un parto respetado* empieza también por una correcta atención en el embarazo, donde a la gestante se le pide su opinión, se le explica en qué consisten todas las pruebas y se le permite decidir si quiere realizarlas o no. Esto quiere decir que la mujer embarazada nunca deberá realizarse una ecografía si no lo desea, ni recibir un tacto si no está a favor de éste. No tiene por qué realizar ninguna prueba que ella no desee, siempre después de recibir la información de manos del profesional y decidir sopesando pros y contras.

6.5.2. Los planes de parto

Un plan de parto es un documento que, dado que no todos los hospitales atienden de igual forma los partos (a veces, depende incluso del equipo que toque en ese momento), permite que la gestante exprese sus preferencias sobre cómo debe transcurrir. Allí se dirá si quiere o no epidural, episiotomía, rasurado y enema, en qué posturas desea parir, por quién quiere estar acompañada, etc. También, se indica cómo deben transcurrir los días de hospitalización, si no quiere que se lleven al bebé en ningún momento, por ejemplo. En la página del Ministerio de Sanidad, ya es posible descargarse un modelo de plan de parto, basado en la *Estrategia de Atención al Parto Normal*. Se recomienda elaborar este plan a partir de la semana 28 de gestación, y entregarlo en el servicio de atención al usuario del hospital donde se vaya a parir, conservando siempre copia sellada del mismo. De todas formas, en

España, hoy por hoy, el hecho de que la futura madre presente un plan de parto suele poner en guardia a los profesionales de los hospitales, que ven cuestionado su buen hacer profesional, y la mayoría de las veces no se respetan los deseos de las madres, con lo que todo se queda en papel mojado.

6.5.3. Parir en casa

Parir en casa es una opción perfectamente válida que está adquiriendo cada vez mayor visibilidad. Aún existe mucho desconocimiento sobre cómo funciona, porque los prejuicios de mucha gente impiden comprender que no se trata de una “vuelta al pasado”, ya que los adelantos actuales de la medicina y los controles adecuados en el embarazo lo convierten en una opción perfectamente lícita. En Holanda, por ejemplo, hasta el 30 % de los partos se dan en el domicilio. Los partos en casa son tan seguros como los hospitalarios, siempre y cuando se realicen bajo la asistencia de un profesional médico cualificado (matrona, ginecólogo), cuando el embarazo sea de bajo riesgo, y cuando el domicilio no esté a más de media hora del centro hospitalario más cercano, por si hay alguna emergencia.

En un parto en casa, no se dará la cascada de intervencionismos propia de un hospital, con lo que los riesgos de sufrir complicaciones, de partida, son ya mucho menores. Sólo el 4 % de los partos en casa terminan en cesárea y sólo el 1 % necesita de fórceps o ventosas. En el año 2010 se publicó un meta-análisis de estudios (Wax *et al.*, 2010:243) que comparaban partos planificados en casa con partos planificados en hospital entre mujeres sanas, de bajo riesgo, en países desarrollados. No se encontraron diferencias en mortalidad perinatal^{19*} ni en mortalidad materna. Por lo tanto, el parto en casa es tan seguro como el parto hospitalario, siempre y cuando se cumplan los requisitos de seguridad antes mencionados, pero sin los inconvenientes y los protocolos de los hospitales. Hoy por hoy, al contrario que en otros países, la Seguridad Social no lo cubre, por lo que ha de ser costeado totalmente por la madre, y su precio oscila entre los 1500 y los 4000 euros.

¹⁹ Período que va desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana tras el parto aproximadamente.

El Equipo Educer (profesionales que atienden partos en casa en Alicante) publica todos los años un informe llamado *Observatorio del Parto en Casa en España*, cuyo objetivo es poner a disposición de profesionales, familias e instituciones, información veraz, contrastable y actualizada sobre la práctica del parto en casa en España. Según estos informes (Educer, 2014:3), en 2013 la cifra probable de partos en casa en España fue de uno de cada 500, siendo Cataluña la comunidad autónoma donde más se eligió esta opción (en Girona, por ejemplo, uno de cada 140 partos transcurre en el domicilio).

Así, aunque aún estamos muy lejos de las cifras que se dan en los países escandinavos, la asistencia del parto en el domicilio es una posibilidad cada vez más conocida y que poco a poco va haciéndose un hueco como una opción no sólo válida, sino segura y muy respetuosa.

6.6. Los nuevos profesionales: parteras en casa, doulas, salud...

Dado que hoy por hoy existe un vacío en el tema obstétrico que no es posible llenar, porque como hemos visto, en pocos entornos hospitalarios se respetan los tiempos naturales del parto, permitiendo que éste se desarrolle de un modo totalmente natural, es lógico que en este contexto surjan nuevas profesiones, o más bien, resurjan versiones actualizadas de profesiones que en su día existieron y que con la patologización de los procesos obstétricos desaparecieron poco a poco.

- **Matronas y ginecólogos a domicilio.** Destinados a quienes desean dar a luz en su casa, pero sin prescindir de la asistencia médica por si surgiera cualquier complicación. Se trata de profesionales muchas veces formados fuera (por ejemplo, la mayoría de matronas de este tipo de servicios se forma en Inglaterra, donde el parto en casa es una opción totalmente normalizada), respetuosos de los ritmos del parto y que únicamente intervendrán en los casos realmente necesarios. Disponen del material necesario para la asistencia al parto y para pesar al bebé, muchas veces le realizan también el primer reconocimiento a éste,

incluida la prueba del talón^{20*}. Suelen visitar a la madre al día siguiente de haber dado a luz, y unos días después. Atienden partos en embarazos normales, y su precio oscila entre los 1500 y los 4000 euros. No están cubiertos por la Seguridad Social, aunque algunos seguros privados sí reembolsan parte.

- **Doulas.** Aunque mucha gente las confunde con las matronas, su función es bien diferente. Se trata de mujeres que acompañan a las madres en el momento del parto y el postparto, ofreciéndoles apoyo, ayuda emocional y empoderamiento. Su figura suple una carencia en Occidente, donde no existen redes fuertes de mujeres que se apoyen unas a otras, como sí sucede en otras sociedades. En Escandinavia, se trata de una profesión regulada, pero en España aún no, por lo que las tarifas dependen de cada una.
- **Asesoras de lactancia.** De nuevo, a causa de vivir tan alejadas de nuestra naturaleza, y al estar además en una sociedad donde no se apoya la lactancia materna²¹, las asesoras de lactancia son una ayuda inestimable para quienes desean dar el pecho. Formadas de distintas maneras, existe sin embargo un título oficial que generalmente sólo obtiene el personal sanitario, llamado IBCLC (*International Board Certified Lactation Consultant*, Consultora Acreditada de Lactancia Materna), reconocido a nivel internacional aunque en España tampoco se contemple dentro de la Seguridad Social, por lo que quienes deseen una consulta con la IBCLC tendrán que costearla por lo privado. Sin embargo, los grupos de lactancia sí son gratuitos, y muchas madres primerizas acuden a ellos para resolver sus dudas, y sobre todo para socializar y compartir sus alegrías y tristezas con otras madres, recuperando esas redes, esa sororidad.
- **Salus.** Personal con formación sanitaria (enfermeras, matronas) que ofrece sus servicios para ayudar en esos primeros días y para enseñar a los padres primerizos a bañar a los bebés, con la lactancia, etc. Suelen

²⁰ Prueba de detección de enfermedades que se realiza en los recién nacidos extrayendo una pequeña muestra de sangre de su talón.

²¹ Y es que la lactancia materna no produce beneficios para las farmacéuticas, hay mucho desconocimiento por parte incluso de los propios médicos de cómo funciona, y por supuesto, la sociedad patriarcal desea tener a "sus" hembras siempre disponibles, por lo que los pechos son vistos como algo erótico, no como algo maternante, de ahí que se censuren duramente a algunas madres que dan el pecho en público pero no a mujeres que se descubren para satisfacer las miradas eróticas de los varones, por ejemplo.

ser sobre todo útiles en madres que han pasado por una cesárea, por ejemplo, y están convalecientes.

- **Otras asesoras.** De porteo, de masaje infantil, de yoga con bebés... Hay muchas maneras de aprender cosas nuevas y herramientas estupendas para lograr un vínculo fuerte y sano con el bebé, y sobre todo para recuperar el cuerpo que nos fue arrebatado.

6.6.1. El debate doulas-matronas. El “informe doulas”

Recientemente (febrero de 2015) ha sido noticia un documento denominado *La verdad sobre las doulas* (<http://www.informedoulas.com/>), un dossier del Consejo General de Enfermería que pretende denunciar el supuesto intrusismo de las doulas en el quehacer de los profesionales de la salud. Con frases sacadas de contexto y propósito bastante tendencioso, dicho dossier criminaliza a las doulas como a las nuevas brujas, que realizan «ritos sectarios y contrarios a la salud pública: recomiendan comer la placenta o encapsularla» (CGE 2015:3). Evidentemente, todo esto se debe primero al miedo a perder su poder hegemónico, y segundo al desconocimiento total y absoluto de lo que hace realmente una doula, que jamás reemplaza al personal médico, sino que su función es meramente la de dar apoyo emocional a las madres.

6.7. El derecho a decidir como un derecho sexual

Cuando el personal sanitario usa protocolos desactualizados y obsoletos, contrarios a la evidencia científica actual, no sólo es mala praxis, sino que puede llegar a convertirse en violencia obstétrica. Pero es que cuando esa mala praxis se extiende por el sistema de salud de un país entero, como sucede en España, la cuestión se convierte en un problema de salud grave. Por ello, en este contexto, es imprescindible reivindicar el derecho a la autorresponsabilidad sobre nuestra propia salud. Y eso quiere decir que somos capaces de tomar nuestras propias decisiones, sin necesidad de paternalismos ni tutelas, reivindicando una vida libre de violencia, con igualdad entre los géneros, y con un trato digno y respetuoso. Porque decidir es estar informada. Decidir es saber. Decidir es estar empoderada. Decidir es un derecho sexual.

CAPÍTULO 7. LA SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA

Vamos a analizar en este último capítulo en qué situación nos encontramos ahora mismo en materia de violencia obstétrica, cuáles son los posibles siguientes pasos y quiénes están luchando para conseguirlos.

7.1. Activismo y asociaciones

En España están apareciendo diversas asociaciones cuya meta es reivindicar la inclusión de una legislación específica para penalizar la violencia obstétrica, así como para fomentar la atención respetuosa para con las mujeres y sus bebés mediante una labor tanto informativa como formativa para usuarias y profesionales. Veamos cuáles son las más importantes y qué modo de trabajar tienen.

7.1.1. El Parto Es Nuestro (<http://www.elpartoesnuestro.es/>)

Creada en 2003, es una asociación sin ánimo de lucro y la referencia indiscutible para apoyar e informar a las mujeres respecto al embarazo, parto y postparto. Su intención inicial fue proveer de apoyo psicológico a las víctimas de violencia obstétrica y partos traumáticos, aunque fue ampliando su cometido a la información, que es la base de todo: más vale prevenir que curar. Se trata de que se comprenda que el modelo actual de atención al parto no se sostiene, está desaconsejado por los principales organismos médicos, como la OMS, y que en los países donde la atención al parto es mucho más respetuosa, los beneficios son mucho mayores para todos, a todos los niveles. (Holanda, por ejemplo (Long, 2009), es el país con menor tasa de mortalidad perinatal*, más de un 30 % de los partos tiene lugar en el domicilio, hay en torno a un 8 % de cesáreas, un 8 % de episiotomías y la epidural se usa en torno al 10 % de los casos. Curiosamente, el estado se gasta mucho menos dinero en la atención al embarazo y parto y la satisfacción general es, como media, mucho mayor.)

Además, EPEN ha colaborado en la redacción de la *Estrategia de Atención Al Parto Normal* (ver capítulo 3), guiándose siempre por la máxima de que los partos han de estar mínimamente intervenidos, que pertenecen a las

parturientas y por lo tanto ellas son quienes deben decidir, y que se trata de actos sexuales, íntimos, y como tales han de ser respetados al máximo.

Organiza reuniones periódicas en distintos puntos de la geografía española, y se mantiene a base de donaciones y de las cuotas de sus socios, entre los cuales cuenta con usuarios y profesionales de todo el territorio. Contiene además un grupo específico llamado *Apoyocesáreas* para atender a las mujeres víctimas de cesáreas traumáticas y una web denominada *episiotomia.info* donde se informa de las consecuencias de la episiotomía, y otra llamada *quenoosseparen.info*, donde se informa del beneficio de la no-separación de la díada mamá-bebé en el postparto inmediato, amparado en artículos científicos. Por último, es responsable de la creación de un reciente *Observatorio de Violencia Obstétrica* (noviembre de 2014), cuyo objetivo principal es recoger los casos de violencia obstétrica en España, realizar un informe anual sobre éstos, y ponerlos en conocimiento de las instituciones sanitarias, tanto nacionales como internacionales.

7.1.2. Dona Llum (<http://www.donallum.org/>)

La *Associació Catalana per un Part Respectat Dona Llum* tiene su sede en Cataluña, y está constituida por usuarios y profesionales del sistema de salud. Su objetivo principal es mejorar la atención a las mujeres en el embarazo, el parto y el postparto en todo el territorio catalán. Reivindica que los nacimientos son momentos cruciales y que por ello afectan a toda la sociedad, por lo que han de tratarse con un absoluto respeto. También ofrece apoyo psicológico a las mujeres que han pasado por partos traumáticos, así como apoyo jurídico para quienes quieran iniciar demandas por violencia obstétrica. Se trata de conseguir un cambio en la legislación actual y que la sanidad pública sea capaz de ponerse en materias de atención al embarazo y el parto en los mismos niveles que países europeos como Inglaterra, Holanda o Suecia.

Cuenta con diversos grupos de apoyo que realizan reuniones periódicas, organiza actividades formativas, charlas y debates, entre otras cosas. Es una

asociación sin ánimo de lucro, constituida por voluntarios, y que se mantiene sólo a base de donaciones y cuotas de los socios.

7.1.3. Plataforma Pro Derechos del Nacimiento (<http://pdn.pangea.org/>)

Plataforma formada por diversas asociaciones, tanto de madres y padres como de profesionales y de centros de orientación infantil, que creen en una nueva cultura del nacimiento, para proporcionar a los bebés una mejor bienvenida a la vida.

Su objetivo principal es conseguir que en los hospitales se respeten las recomendaciones de la OMS, del Ministerio de Sanidad y de la propia SEGO. Muchas comunidades ya han elaborado protocolos en relación al parto/nacimiento fisiológico, consciente, y respetando los derechos del bebé y la madre. También es responsable de la web informativa *elimpactodenacer.pangea.org*, donde se da a conocer el impacto del nacimiento en el desarrollo de la psique y el bienestar futuro del recién nacido.

7.1.4. Criar con Apego (<http://criarconapego.com>)

Asociación que fomenta el embarazo vinculado, el parto respetado*, el nacimiento sin violencia, la lactancia materna a demanda y la crianza con apego. Se trata de una red de padres y madres unidos por el deseo común de aprender mutuamente, de compartir experiencias, y de luchar por la erradicación de la violencia obstétrica.

7.1.5. Asociación Nacer en Casa (<http://www.nacerencasa.org/>)

Asociación de profesionales que trabajan en favor de recuperar el nacimiento domiciliario como una alternativa segura y más respetuosa con los ritmos del parto. Desde 1988, su objetivo es dar a conocer el parto domiciliario como modelo asistencial válido, fomentando también el cuestionamiento del modelo asistencial imperante. Por lo tanto, se trata tanto de normalizar el parto domiciliario como de contribuir a mejorar las condiciones del parto hospitalario.

En esta asociación se encuentra aproximadamente el 90 % de los profesionales de asistencia al parto domiciliario (ginecólogos, matronas).

7.2. Estrategias del activismo contra la violencia obstétrica

Actualmente, por medio de las asociaciones anteriormente descritas, y sobre todo gracias a las redes sociales, hay diversos frentes abiertos para luchar contra la violencia obstétrica. Veamos algunos de ellos:

- Del 19 al 25 de mayo se celebra a nivel internacional la semana mundial del parto respetado*. Para ello, suelen organizarse marchas, mesas informativas y actividades lúdicas, para dar a conocer los beneficios del parto humanizado y la problemática del intervencionismo excesivo.
- Internet es la plataforma absoluta en la unión, cohesión e impulso de nuevas iniciativas por todo el mundo, campañas en las redes sociales, información a futuros padres, información a madres embarazadas, etc. Por ejemplo, tras la publicación de las polémicas viñetas de la SEGO (ver Apéndice 3), se organizó por internet la llamada “revolución de las rosas”, que consiguió que dichas viñetas fueran retiradas.
- Existencia de grupos presenciales de apoyo al embarazo, parto, crianza y procesos traumáticos (grupos de duelo tras un aborto, grupos de víctimas de violencia obstétrica, etc). Dichos grupos suelen ser gratuitos y abiertos a quienes estén interesados.
- Presión desde las asociaciones para conseguir cambios en las legislaciones relacionadas.
- Cambios laborales con la existencia de nuevas profesiones (ver capítulo 6): doulas, salus, asesoras de lactancia, asesoras de porteo*, etc... Dichas nuevas profesiones intentan llenar un hueco, cubrir varios ámbitos que están hoy por hoy bastante descuidados.
- Cursos de preparación al parto natural, enfocados a las mujeres como protagonistas y parte activa del parto en vez de como meros contenedores que sólo han de recibir órdenes de los profesionales.

- Iniciativas artísticas, como “Puja violencia obstétrica”, grupo de artistas audiovisuales que organizan exposiciones y proyecciones de denuncia y que invitan a la reflexión.

7.3. Mejoras en la atención sanitaria

Gracias a la presión de las asociaciones, al reciclaje de profesionales teniendo en cuenta las nuevas evidencias científicas, al aumento de conocimiento entre usuarios del sistema de salud, y sobre todo al empoderamiento gradual de las mujeres, la atención sanitaria está mejorando en España, aunque aún le queda mucho camino por recorrer. El primer estudio sobre la evolución de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, elaborado en 2011, muestra que, a pesar de la recomendación, en el 53,3 % de los partos de inicio espontáneo aún se administra oxitocina durante la dilatación —algo que sólo se aconseja en el 10 % de los casos—, y en el 41,9 % se practica la episiotomía, aunque sólo se recomienda en el 15 % de los partos. Así, hay que seguir luchando por:

- Que se fomente una buena comunicación entre profesionales y pacientes, basada en la igualdad y en el respeto.
- Que se normalice la incorporación de los planes de parto como una práctica destinada a favorecer dicha comunicación.
- Que se realicen campañas de sensibilización social en favor de un parto más humanitario y sin ningún tipo de violencia.
- Que se abra un diálogo constructivo entre los diversos colectivos, tanto de usuarios como de profesionales, para lograr alcanzar esa meta común: la mejora en las relaciones.
- Que se ofrezcan propuestas de mejoras en la atención al parto en la línea de trabajo que se inició en 2007 con la formulación coparticipada de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*.
- Que se incluyan propuestas legislativas para penalizar la violencia obstétrica, como otros países ya han hecho, tipificándola como un tipo de violencia de género que hay que erradicar.

7.4. Estadísticas

En España, existe hoy en día un gran vacío de estadísticas públicas en materia obstétrica. La gran mayoría de centros hospitalarios no miden sus prácticas, ni las evalúan ni hacen autocrítica alguna. Es tremendamente difícil acceder como usuaria a algunas cifras para poder decidir con conocimiento de causa. Si consultamos en el informe “The European Perinatal Health Report”, emitido por el proyecto Euro-Peristat (www.euoperistat.com), cuya misión es precisamente la de ofrecer estadísticas sobre la salud de madre y bebé en el embarazo, parto y postparto, vemos cómo las referentes a España están casi siempre vacías. No hay datos. Tal es así, que en las últimas versiones del informe, han decidido excluir directamente a España.

Sí que hay iniciativas privadas, como la página www.estadisticasdeparto.com, proyecto personal de una socia de EPEN, que está intentando trabajar para ofrecer la información que falta, mediante la ardua tarea de reunir todos los datos disponibles por distintos medios, y ofrecerla a quien esté interesado. En esta página, podemos ver cómo, aunque las cifras van bajando despacio, lo hacen a una velocidad muy tímida. Éste es un pequeño resumen de las últimas estadísticas disponibles (Armendáriz, 2012; EPEN, 2012).

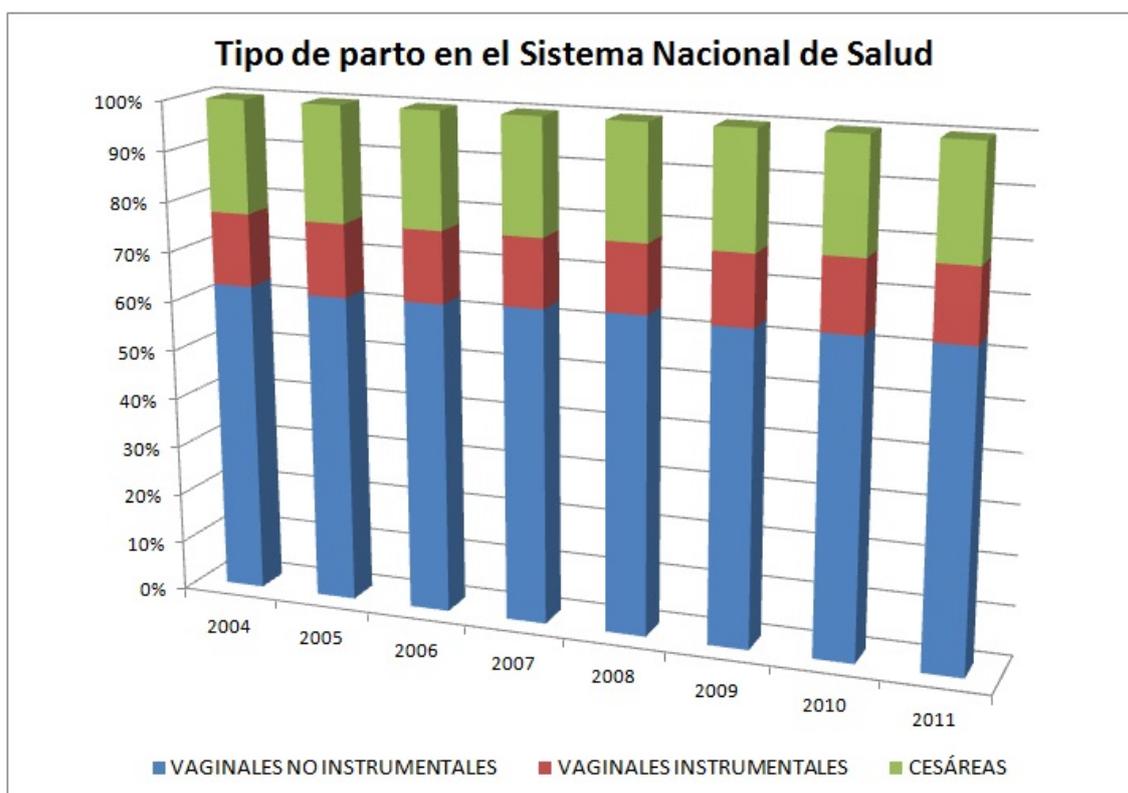
7.4.1. Sanidad pública. Porcentajes

AÑO	TOTAL PARTOS	PARTOS VAGINALES			EPISIOTOMÍAS			CESÁREAS
		TOTALES	No Instrumentales	Instrumentales	TOTALES	En partos instrumentales	En partos no instrumentales	
2004	346.250	268.277	62,87%	14,61%	69,06%	76,79%	67,26%	22,52%
2005	352.306	270.951	62,20%	14,71%	65,60%	75,31%	63,30%	23,09%
2006	363.257	279.438	62,56%	14,37%	61,73%	75,16%	58,65%	23,07%
2007	380.291	292.894	63,25%	13,77%	54,30%	74,22%	49,96%	22,98%
2008	404.668	313.277	63,75%	13,66%	48,39%	73,63%	42,98%	22,58%
2009	385.784	297.054	62,93%	14,07%	45,76%	74,16%	39,41%	23,00%
2010	374.728	291.005	63,30%	14,36%	43,49%	73,71%	36,63%	22,34%
2011	364.701	283.388	63,18%	14,53%	42,34%	73,56%	35,16%	22,30%

7.4.2. Sanidad privada. Porcentajes

AÑO	TOTAL PARTOS	PARTOS VAGINALES	CESÁREAS	% CESÁREAS
2005	95.268	60.548	34.720	36,44%
2006	100.704	62.851	37.853	37,59%
2007	101.733	63.327	38.406	37,75%
2008	104.511	65.615	65.615	37,22%
2009	103.283	65.048	38.235	37,02%

7.4.3. Resumen del sistema nacional de Salud



7.4.4. Comparación de las recomendaciones de la OMS y la realidad en España²²

Procedimiento	Resultado en España	OMS, recomendaciones de 1985 (estándar de calidad)
Cesáreas	21,9 %	- del 15 %
Contacto piel con piel madre-bebé	50,2 %	+ del 80 %
Episiotomías	41,9 %	15 %
Inducciones	19,4 %	10 %
Maniobra de Kristeller	26,1 %	0
Oxitocina sintética	53,3 %	5-10 %
Partos instrumentales	19,5 %	15 %
Partos vaginales después de una cesárea previa	44,2 %	60-80 %
Posición de litomía	87,4 %	- del 30 %

²² Algunos de los indicadores recogidos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, del año 2010, para hospitales que forman parte del Sistema Nacional de Salud (se excluyen clínicas privadas).

CONCLUSIONES

Hemos analizado cómo las raíces de la violencia obstétrica están profundamente hundidas en relaciones de poder, donde el género y la jerarquía médica resultan conceptos clave. Frases como «te voy a coser porque si no tu novio se va a enfadar conmigo» (testimonio del blog de El Parto Es Nuestro) tras una episiotomía son hoy por hoy vistas con tal normalidad que la tremenda carga sexista que conllevan pasa desapercibida para demasiada gente. La obstetricia como ciencia en el siglo XX, desplazando los partos a los hospitales, ha conseguido mostrar el momento del parto como un acontecimiento médico, cercano a la enfermedad, en donde las mujeres han de dejarse “sacar” al bebé (porque el parto es visto como un mero procedimiento donde sólo importa el “producto final” y no el acto en sí), perpetuando la subordinación de las mujeres, que son tratadas como niñas pequeñas con necesidad constante de tutela, incapaces de tomar sus propias decisiones o de responsabilizarse de su propia salud.

La lucha para erradicar la violencia obstétrica tiene tres frentes principales abiertos:

- **PREVENCIÓN:** hay que fomentar el respeto a las mujeres por medio de la educación y las campañas de sensibilización, para que la violencia de género en general y la obstétrica en particular sean erradicadas. La prevención es absolutamente imprescindible, porque va a las raíces, a la violencia estructural de la sociedad. La prevención es educación y es información.
- **FORMACIÓN:** el personal sanitario tiene que estar al tanto de la evidencia científica, para lo que debería ser sometido a evaluaciones periódicas. Además, es imprescindible que se realice un listado decente y actualizado de estadísticas de los hospitales, tal y como recomienda la OMS, para que las mujeres puedan decidir dónde parir en base a las tasas de cesáreas, episiotomías, etc. Por supuesto, la *Estrategia de*

Atención al Parto Normal debería ser de obligado cumplimiento en todo el territorio nacional.

- **PENALIZACIÓN:** por último, hace falta que a nivel legal se penalice la violencia obstétrica, puesto que hoy en día es invisible, al estar normalizada.

Y es que exigir leyes que penalicen la violencia obstétrica no sólo es una manera de visibilizarla, sino de deslegitimarla. Porque la violencia obstétrica no debería ser lo normal. Pero además, es aún más importante la prevención, evitando los protocolos médicos obsoletos que patologicen el parto, que se apropien indebidamente de los cuerpos de las mujeres, y que contemplen el nacimiento como un acto donde las mujeres son meros contenedores que deben “dejarse hacer”. Y para esto, como para toda la violencia de género, lo que hace falta es una simple cosa: **pedagogía**. Educar y reciclar los profesionales en un nacimiento respetado —pues según la evidencia científica cuanto menos medicalizados estén los partos mejor será desde todos los puntos de vista: psicológico, físico, económico...— es la única opción posible para conseguir superar los treinta años de retraso que llevamos respecto a otros países.

Sé por experiencia propia lo complejos que resultan esos primeros momentos con un recién nacido, la sensación de confusión y pérdida, el pensar “¿y ahora qué?”, en ocasiones recibiendo consejos desactualizados por parte de un personal mal formado. Por eso decidí hacerme asesora de lactancia, porque si consigo ayudar aunque sea mínimamente a que una madre se sienta empoderada y guiada, ya habré puesto mi granito de arena.

Porque el nacimiento de un hijo es un momento de absoluta vulnerabilidad. Las mujeres se sienten débiles, con las hormonas a flor de piel, desubicadas y en una experiencia tan intensa como la vivida en el parto es muy difícil luchar solas por que se respeten los derechos. En instantes así, emocionalmente tan avasalladores, a veces unas pocas palabras humillantes son suficientes para que se desempoderen totalmente. Conociendo y reconociendo las estructuras

de poder sobre las que se asienta el sistema patriarcal vemos cómo la interrelación entre mujeres y profesionales sanitarios está basada en la desigualdad más absoluta: las relaciones entre profesionales y pacientes se pueden medir en términos de poder y control. Se trata de un continuo “tira y afloja” por el que los profesionales pueden sufrir denuncias por negligencia o mala praxis y las pacientes pueden sufrir las consecuencias de esta mala praxis.

¿No sería más lógico intentar encontrar otro tipo de relación entre profesionales y pacientes que no fuera en términos de competencia y luchas de poder? Es, por lo tanto, necesario un diálogo continuado entre pacientes y profesionales para prevenir y terminar por fin con la violencia obstétrica. Y para eso hace falta pedagogía, buena voluntad... y colaboración entre todas las partes.

BIBLIOGRAFÍA

ANDERSON, Garnet *et al.* (2004). «Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial». En *JAMA* del 14-4- 2004, vol 291, nº 14, 1701-1712.

ARMENDÁRIZ MÁNTARAS, Idoia (2012). «Estadísticas de parto» en <http://www.estadisticasdeparto.com/> (acceso 11-4-2015).

ARMENDARIZ MANTARAS, IDOIA (2013). «Las escandalosas cifras de cesáreas en la sanidad privada: ¿un modelo de sanidad enfocado al negocio?» en <http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2013/05/13/las-escandalosas-cifras-de-cesareas-en-la-sanidad-privada-un-modelo-de-sanidad-enfocado-al-negocio> (acceso 9-4-2015).

BASAGLIA, Franco (1972). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Ed. Seix Barral.

BERGMAN, Nils (2002). *Restoring the Original Paradigm*. Documental disponible en <https://vimeo.com/27885109>. (acceso 12-4-2015)

BERLINGUER, Giovanni (1996). *Ética de la Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

BLANCO PRIETO, Pilar (2000). «Consecuencias de la violencia sobre la salud de las mujeres» en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1127708> (acceso 10-4-2015).

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (2002). «Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica» en BOE número 274, del 15-11-2002: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188 (acceso 9-4-2015).

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (2004). «Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género» en BOE número 313, del 29-12-2004: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf> (acceso 9-4-2015).

CANO, Ángeles (2011). «Malditos puntos o “cuando se le escapa el pipí”» en EPEN: <http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/07/15/malditos-puntos-o-%E2%80%9Ccuando-se-le-escapa-el-pipi%E2%80%9D> (acceso 10-4-2015).

CEPAL (1996). «Violencia de género: un problema de derechos humanos» en <http://www.cepal.org/es/publicaciones/violencia-de-genero-un-problema-de-derechos-humanos> (acceso 9-4-2015).

CIMS (2010). «The Risks of Cesarean Section» en <http://www.motherfriendly.org/Resources/Documents/TheRisksOfCesareanSectionFebruary2010.pdf> (acceso 9-4-2015).

CLARK, Alice (1968). *The Working Life of Women in 17th Century England*. Londres: Frank Cass and Co.

COLECTIVO DE MUJERES DE BOSTON (1976). *Our Bodies, Ourselves: A Book by and for Women*. Boston: Touchstone.

COMAS, Mercè, *et al.* (2011). «Descriptive analysis of childbirth healthcare costs in an area with high levels of immigration in Spain» en <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/77/abstract> (acceso 11-4-2015).

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA (2015). «Dossier de prensa. La verdad sobre las doulas» en <http://www.informedoulas.com/documents/dossier-prensa-informe-doulas-2015.pdf> (acceso 10-4-2015).

DAVIS-FLOYD, Robbie (2004). *Del médico al sanador*. Buenos Aires: Creavida.

DÍAZ, Paula (2014). «La ley de violencia de género cumple diez años en los que 757 mujeres han muerto asesinadas» en *Público.es* del 25-11-2014: <http://www.publico.es/actualidad/ley-violencia-genero-cumple-diez.html> (acceso 9-4-2015).

EDUCER (2014). «Observatorio del Parto en Casa en España. Informes anuales» en <http://educer.es/observatorio-del-parto-en-casa/> (acceso 10-4-2015).

EPEN (2011). «Episiotomía y dignidad de la mujer» en <http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/08/08/episiotomia-y-dignidad-de-la-mujer> (acceso 9-4-2015).

EPEN (2012). «25 de Noviembre, Día Internacional Contra la Violencia hacia las Mujeres» en <http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2012/11/25/25-de-noviembre-dia-internacional-contra-la-violencia-hacia-las-mujeres> (acceso 10-4-2015).

EPEN (sin fecha). «Medicalización rutinaria del parto» en <http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/medicalizacion-rutinaria-del-parto> (acceso 10-4-2015).

FEDERICI, Silvia (2010). *Calibán y la bruja*. Madrid: Traficantes de sueños. Traducción: Verónica Hendel y Leopoldo Sebastián Touza.

FELIPE-LARRALDE, Mónica (2013). «Estudio sobre el útero: ¿cómo y por qué funciona la relajación del útero?» en <http://estudiosobreeluteroblogspot.com.es/2013/06/como-y-por-que-funciona-la-relajacion.html> (acceso 9-4-2015).

FOUCAULT, Michel (1978). *El nacimiento de la clínica: una arqueología a la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno. Traducción: Francisca Perujo.

FOUCAULT, Michel (1993). *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Buenos Aires: Altamira. Traducción: Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría.

FOUCAULT, Michel (1998). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno. Traducción: Aurelio Garzón del Camino.

GALTUNG, Johan (2003). *Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia*. Gernika: Bakeaz. Traducción: Euskal Herriko Unibertsitatea.

GARCÍA FANLO, Luis (2011): «¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben» en *AParte Rei, Revista de Filosofía*. Marzo de 2011 en <http://noografo.org/category/filosofia/foucault-filosofia/> (acceso 9-4-2015).

GARCÍA MARTÍNEZ, Antonio Claret, *et al.* (1996). «La imagen de la matrona en la Baja Edad Media» en *Híades, Revista de Historia de la Enfermería*, 3-4, 1996/97: 61-82

GERVÁS, Juan (2014). «El parto, mortalidad materna y encarnizamiento médico» en *Acta Sanitaria* del 5-10-2014 en <http://www.actasanitaria.com/el-parto-mortalidad-materna-y-encarnizamiento-medico/> (acceso 9-4-2015).

GIBERTI, Eva (2003). «El poder hegemónico del médico en situación de embarazos y partos» en <http://www.evagiberti.com/el-poder-hegemonico-del-medico-en-situacion-de-embarazos-y-partos/> (acceso 10-4-2015).

GUTMAN, Laura (2012). *Amor o dominación. Los estragos del patriarcado*. Argentina: Del Nuevo Extremo.

HERRERA, Blanca. «Enema y rasurado púbico» en <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/enema-y-rasurado-pubico> (acceso 9-4-2015).

HODNETT, Ellen, *et al.* (2008). «Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida)» en *La Biblioteca Cochrane Plus* nº 4. Oxford: Update Software Ltd. en: <http://www.update-software.com> (acceso 10-4-2015). Traducción: Centro Cochrane Iberoamericano.

INSGENAR (2003). *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Rosario, Argentina: Instituto de Género, Derecho y Desarrollo.

LANDY, Helain, *et al.* (2011). «Characteristics Associated With Severe Perineal and Cervical Lacerations During Vaginal Delivery» en *Obstet Gynecol*. Marzo 2011, nº 117, 627–635.

LATTUS, José; CARREÑO, Erika (2010). «El asiento del nacimiento» en *Revista Obstetricia-Ginecología, Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse*, nº 5, 41-50.

LONG, Mireia (2009). «El parto en Holanda» en *Bebés y más*, 20-5-2009: <http://www.bebesymas.com/parto/el-parto-en-holanda> (acceso 10-4-2015).

MANRIQUE, Patricia (2014). «El feminismo debe trabajar la maternidad como experiencia de gozo» en <http://www.rebelion.org/noticia.php?id=185499> (acceso 10-4-2015).

MARCOS, Inma (sin fecha). «Monitorización» en <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/monitorizacion-extint-discontinua-etc> (acceso 9-4-2015).

MATA, María Teresa (2015). «La depresión postparto» en *Revista Mensalus* del 21-1-2015: <http://mensalus.es/psicologos/la-depresion-postparto/> (acceso 10-4-2015).

MATUD, María Pilar (2007). «Domestic Abuse and Children's Health in the Canary Islands, Spain» en *European Psychologist* nº 12, 45-53.

MATUD, María Pilar (2012). «Violencia de género: concepto y teorías explicativas» en *Variaciones sobre género. Materiales para el máster universitario en Estudios Feministas, de Género y Ciudadanía*. Castellón de la Plana: Acen, 123-134.

MELANDRI, Lea (1977). *La infamia originaria*. Barcelona: Hacer. Traducción: Luisa Hurtado y Carmen Artal.

MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA (2004). *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia*. Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Materno Infantil.

MINGOTE ADÁN, José Carlos; PÉREZ-CORRAL, Francisco (1999). *Estrés del médico. Manual de autoayuda*. Madrid: Díaz Santos.

ODENT, Michel (1990). *El bebé es un mamífero*. Madrid: Mandala. Traducción: Rosa Roca Riera y Joan Medina Roca.

ODENT, Michel (2005). *El nacimiento renacido*. Argentina: Creavida. Traducción: Felicitas Mirás.

OLZA, Ibone (2014). «Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica» en *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Revista Iberoamericana de psicosomática*. Madrid: Editorial Médica nº 111, 79-83.

ORENTE ACOSTA, Miguel; TOQUERO DE LA TORRE, Francisco (2004). *Guía de buena práctica clínica en abordaje de la violencia de género*. Madrid: IM&C.

OMS (2003). «Informe mundial sobre la violencia y la salud, 2003», Ginebra, en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102_spa.pdf (acceso 6 de abril de 2015).

OMS (1985). «Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza» en *The Lancet* nº 2, 1985; ii, 436-437.

ONU (1948). «Declaración Universal de Derechos Humanos» (1948) en <http://www.un.org/es/documents/udhr/> (acceso 9-4-2015).

ONU (1993). «Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos» en <http://www.un.org/es/development/devagenda/humanrights.shtml> (acceso 9-4-2015).

PANUTHOS, Claudia (1987): *Maternidad maravillosa: Una guía práctica*. México: PaxMéxico.

PERAPOCH LÓPEZ, Josep, *et al.* (2006). «Cuidados centrados en el desarrollo (CCD). Situación en las unidades de neonatología de España. 2005» en *Anales de Pediatría* nº 64, 132-139. Barcelona: Elsevier.

REZA, Gloria (2013). «Contra la violencia obstétrica» en <http://www.proceso.com.mx/?p=342983> (acceso 12-4-2015).

QUIÑONERO, Llum (2002). «Vuelta al parto natural» en *El Mundo* nº 341, 28-4-2002: <http://www.elmundo.es/cronica/2002/341/1020064607.html> (acceso 10-4-2015).

RAKIC, Pasko (2006). «Ultrasound Affects Embryonic Mouse Brain Development» en <http://news.yale.edu/2006/08/07/ultrasound-affects-embryonic-mouse-brain-development> (acceso 9-4-2015).

RICH, Adrienne (1978). *Nacida de mujer: La crisis de la maternidad como institución y como experiencia*. Barcelona: Noguer. Traducción: Ana Becciu.

RODRIGÁÑEZ BUSTOS, Casilda (2000). «Tender la urdimbre. El parto es una cuestión de poder» en <http://unadelosantiguosninos.blogspot.com.es/2013/11/tender-la-urdimbre-el-parto-es-una.html> (acceso 9-4-2015).

RODRIGÁÑEZ BUSTOS, Casilda (2008). «La ruptura de la simbiosis primaria» en <http://crimentales.blogspot.com.es/2008/05/la-ruptura-de-la-simbiosis-primaria.html> (acceso 10-4-2015).

RODRIGÁÑEZ BUSTOS, Casilda (2010). *La sexualidad y el funcionamiento de la dominación*. Alicante: Ed. Casilda Rodrigáñez Bustos.

SADLER, Michelle (2004). «Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto». En Sadler, Acuña y Obach *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género*. Santiago de Chile: Catalonia, 15-66.

TUBERT, Silvia (1996). *Figuras de madre*, Madrid: Cátedra.

SAU, Victoria (1998). *Defensa de la mujer*. Barcelona: Icaria.

USANDIZAGA, José Antonio (1981). *La obstetricia y la ginecología durante el romanticismo*. En *Historia Universal de la Medicina* (Laín Entralgo), tomo V, 1971, edición 1981. Barcelona: Salvat, 315-321.

VILLAVARDE, María Silvia (2006). *Salud sexual y procreación responsable*. Buenos Aires: Jurisprudencia argentina.

VILLEGAS POLJAK, Asia (2009). «La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico» en *Revista Venezolana de Estudios de la*

Mujer v.14 n° 32 de junio 2009: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-37012009000100010&script=sci_arttext (acceso 9-4-2015).

WAGNER, Marsden (1999). «Episiotomy: A Form of Genital Mutilation» en *The Lancet*, vol 353, 5-6-1999, 1977-1978.

WAX, Joseph, *et al.* (2002). «Maternal and Newborn Outcomes in Planned Home Birth vs Planned Hospital Births: A Metaanalysis» en *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, n° 203, 243.e1- 243.e8.

APÉNDICE I. GLOSARIO DE TÉRMINOS²³

Altricial

Dícese de las crías de cualquier especie que nacen en un estado muy temprano de su desarrollo y con una movilidad muy reducida (por ejemplo, los seres humanos, que —a diferencia de otros mamíferos— no tienen independencia en sus movimientos hasta bastantes meses después de nacer).

Cochrane Pregnancy and Childbirth Group

Prestigiosa colección de artículos científicos sobre embarazo y parto: revisiones sistemáticas a partir de ensayos clínicos controlados, así como revisiones de la evidencia más fiable derivadas de otras fuentes.

Electivo (aborto, cesárea)

Que se hace o se da por elección. Un aborto electivo es una interrupción voluntaria del embarazo. Una cesárea electiva no está hecha por necesidad médica, sino por algún otro motivo (que coincida el nacimiento con una determinada fecha, por miedo al dolor en el parto, etc). Las cesáreas electivas tienen muchos riesgos (los bebés aún no están maduros para nacer, la recuperación tras una cesárea —que a fin de cuentas es una cirugía importante— es más lenta y las complicaciones postparto son mayores que tras un parto vaginal).

Efecto nocebo

Dícese del empeoramiento de los síntomas o de una enfermedad por la expectativa, consciente o no, de efectos negativos de una medicina terapéutica. Sería lo contrario del efecto placebo. La instrumentalización y patologización del parto pueden dar lugar a este efecto nocebo.

Eutócico

Parto normal, que se inicia y termina espontáneamente, sin que surja ninguna complicación en el proceso. El feto se encuentra en posición cefálica y nace

²³ Este glosario ha sido elaborado tomando como base las definiciones de la RAE y de la Wikipedia, aunque reescribiéndolas para facilitar su comprensión dentro de este contexto.

por vía vaginal. Lo contrario es **distócico**, que es un parto en el que son necesarias maniobras y/o intervenciones quirúrgicas.

Fitoterapia

La fitoterapia estudia la utilización de las plantas medicinales y sus derivados con finalidad terapéutica, ya sea para prevenir, para aliviar o para curar las enfermedades.

Iatrogenésis

Patología causada por la intervención médica. Es decir, cuando el profesional de la salud administra un tratamiento a su paciente y provoca, de manera involuntaria, resultados nefastos. Por ejemplo, a un paciente se le puede recetar un antiinflamatorio para curarle de un dolor muscular y éste puede acabar produciendo problemas digestivos.

Indefensión aprendida

Teoría desarrollada por Martin Seligman, según la cual determinadas personas, a lo largo de su historia de aprendizaje, han aprendido a sentirse indefensas, viendo que no existe relación entre su conducta y las consecuencias de ésta, sintiendo por lo tanto una total falta de control: nada de lo que hagan alterará los resultados obtenidos.

Ingurgitación mamaria

Aumento del tamaño y volumen del pecho por acumulación de leche. El pecho se muestra pletórico y el bebé puede encontrar dificultad en agarrarse, pues está demasiado tenso y duro. Es común con la primera subida de la leche tras el parto.

Mastitis

Infección de la mama por bacterias en un número inusualmente alto. Puede causar dolor, fiebre, hinchazón, o ser totalmente asintomática.

Método Madre Canguro

Técnica de atención al neonato cuando éste nace de manera prematura o con bajo peso consistente en un contacto piel con piel entre madre y bebé el máximo tiempo posible al día, en lugar de recurrir a incubadoras. Se ha demostrado que de este modo el tiempo de hospitalización es menor, al ver cubiertas el bebé sus necesidades de vínculo, seguridad y amor.

Morbilidad

Proporción de personas que enferman en un sitio y momento determinado. Por ejemplo, morbilidad tras una cesárea.

Obstrucción

Pequeño bulto en algún cuadrante de la mama debido a que algún conducto se ha obstruido por drenar incorrectamente la leche en esa zona.

Parto respetado

Dícese del parto en el que se respetan los derechos de la mujer, sus deseos y necesidades, los derechos del bebé, y los de la propia fisiología del parto. Se trata de generar un espacio donde el bebé y la madre sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle del modo más natural posible y con las menores intervenciones.

Perinatal

Término que se emplea para referirse a todo lo inmediatamente anterior o posterior al nacimiento del bebé, desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana tras el parto aproximadamente.

Porteo

Práctica de llevar al bebé en un portabebés, esto es, con una tela especial de diversas formas (bandolera, fular, mochila, etc), para favorecer el vínculo, facilitar la lactancia y el sueño, y permitir además realizar otras tareas, por disponer de las manos libres. El porteo adecuado ha de ser ergonómico: el portabebés debe permitir que el bebé adopte su postura natural con la espalda

arqueada y las rodillas más altas que el trasero (cosa que algunas mochilas comerciales no permiten).

Prostaglandinas

Sustancias con funciones similares a las de una hormona que está presente en el útero en el momento del parto. Suele usarse un gel a base de prostaglandinas para inducir artificialmente el trabajo de parto.

Prueba del talón

Prueba clínica de detección de enfermedades que se realiza en los recién nacidos extrayendo una pequeña muestra de sangre de su talón. Permite detectar graves alteraciones cerebrales y neurológicas, trastornos de crecimiento, problemas respiratorios y otras complicaciones severas para el desarrollo.

SEPT

Siglas de Síndrome de Estrés Postraumático. También puede verse como TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático). Se caracteriza por la aparición de síntomas específicos tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo.

Test de Apgar

Examen clínico que se le realiza al recién nacido tras el parto, fijándose en cinco valores, para obtener una valoración del estado en que éste se encuentra: tono muscular, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, reflejos y color de la piel. A cada parámetro se le asigna una puntuación entre 0 y 2, sumando las cinco puntuaciones se obtiene el resultado del test (máximo de 10).

APÉNDICE II. ENCUESTAS CON TESTIMONIOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Se recogen en este apéndice los resultados de una pequeña encuesta que realicé sobre violencia obstétrica en las redes sociales (Facebook, Twitter, Google+), en mi blog (<http://lamagiacotidiana.blogspot.com.es/>), y mediante distintos foros en Internet. Su valor es **meramente anecdótico e ilustrativo**, **no debe entenderse como una encuesta formal**, por eso aparece como apéndice y no en el cuerpo del trabajo. Estuvo disponible entre los meses de enero y abril 2015, y constó de los siguientes puntos:

Cuestionario sobre violencia obstétrica en España

Este cuestionario tiene como objeto conocer de primera mano testimonios de violencia obstétrica en España, para intentar analizar brevemente qué factores guardan relación entre sí. ¡Muchísimas gracias por tu ayuda!

1. Edad
2. ¿Cuántos partos has tenido?
 - 1
 - 2
 - 3
 - Más de 3
3. ¿Te consideras informada de estos temas?
4. ¿Sanidad pública o privada?
5. ¿Qué experimentaste en el embarazo?
 - Tactos
 - Maniobra de Hamilton (separación de membranas)
 - Monitorización
 - Exudado vaginal-anal
 - Prueba de glucosa (O'Sullivan) corta-larga
 - Amniocentesis
 - Biopsia corial
 - Más de tres analíticas
 - Más de tres ecografías
6. ¿Presentaste un plan de parto? ¿Por qué?
7. ¿Te planteaste parir en casa, e incluso lo hiciste? ¿Por qué?
8. ¿Qué experimentaste en tu parto?
 - Vía con sueros
 - Tactos vaginales
 - Maniobra de Hamilton
 - Rasurado
 - Enema
 - Monitorización fetal
 - Amnioscopia

- Falta de intimidad. Demasiadas personas presentes
- Imposibilidad de comer ni beber
- Imposibilidad de moverse libremente
- Trato vejatorio, infantilizándote
- Uso de prostaglandinas
- Uso de oxitocina sintética
- Rotura de la bolsa
- Epidural
- Episiotomía
- Cesárea
- Posición de litotomía (acostada)
- Desgarro
- Instrumentalización (uso de fórceps, ventosas y/o espátulas)
- Maniobra de Kristeller
- Pujos dirigidos
- Separación mamá-bebé

9. ¿Puedes contarme brevemente cómo fue tu experiencia de violencia obstétrica?

10. ¿Y qué tal el bebé?

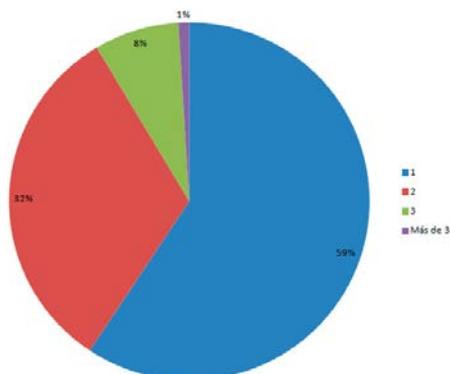
- Nació prematuro
- Necesitó hospitalización
- Necesitó reanimación
- Necesitó incubadora
- Nació con una o varias vueltas de cordón al cuello
- Dio valores bajos de Apgar
- Nació adormilado
- Presentó sufrimiento fetal durante el parto

11. ¿Qué experimentaste en el postparto? (Si has tenido varios partos, cuenta todo lo que hayas experimentado, aunque sea repartido en varias ocasiones)

- Problemas en la lactancia
- Problemas en el estado de ánimo
- Problemas de apego
- Revivir continuamente el parto
- Sentimientos de culpa
- Bebé lloroso, irritable
- Bebé con cólicos del lactante
- Fantasías donde al bebé le pasan cosas malas
- Dolor al mantener relaciones sexuales
- Rechazo al sexo
- Tirantez en la vagina

12. Escribe aquí cualquier otra cosa que desees añadir.

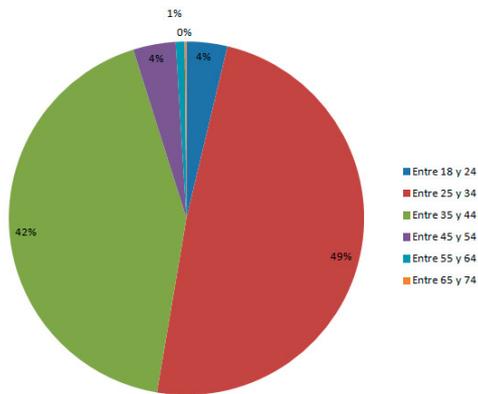
Tras eliminar las encuestas que no estaban correctamente rellenas o las repetidas, el número que quedó fue de 619. Por número de partos:



1	367	59,29%
2	199	32,15%
3	47	7,59%
Más de 3	6	0,97%
TOTAL	619	100,00%

Número de partos

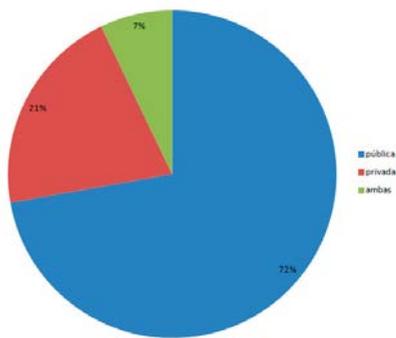
Las edades de las encuestadas van desde los 18 a los 72 años, distribuidas de la siguiente forma:



Edades	Casos	Porcentaje
Entre 18 y 24	23	3,72%
Entre 25 y 34	303	48,95%
Entre 35 y 44	263	42,49%
Entre 45 y 54	24	3,88%
Entre 55 y 64	5	0,81%
Entre 65 y 74	1	0,16%

Edades actuales de las encuestadas

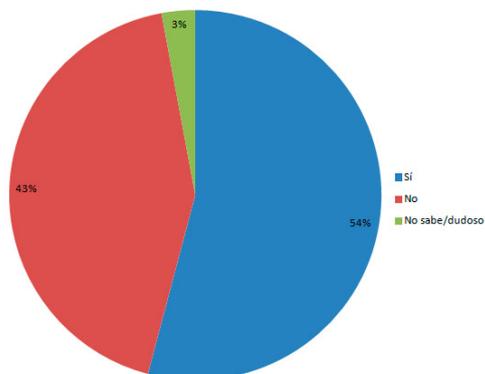
La Sanidad Pública es lo que usó la mayoría de las mujeres:



Tipo de Sanidad	Casos	Porcentaje
Pública	447	72,21%
Privada	128	20,68%
Ambas	44	7,11%
TOTALES	619	100,00%

Tipo de Sanidad

La gran mayoría se considera bien informada sobre estos temas:

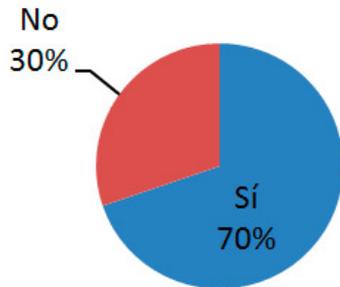


¿Informada? S/N	Casos	Porcentaje
Sí	457	73,83%
No	162	26,17%
Totales	619	100,00%

¿Informada? S/N

Cuantos más partos han vivido, más informadas se consideran (la experiencia es un grado):

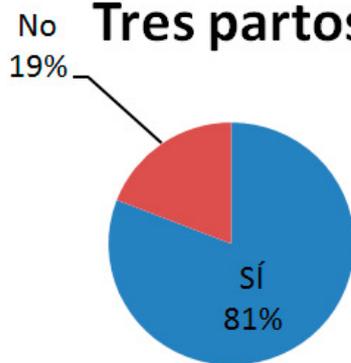
Un solo parto



Dos partos



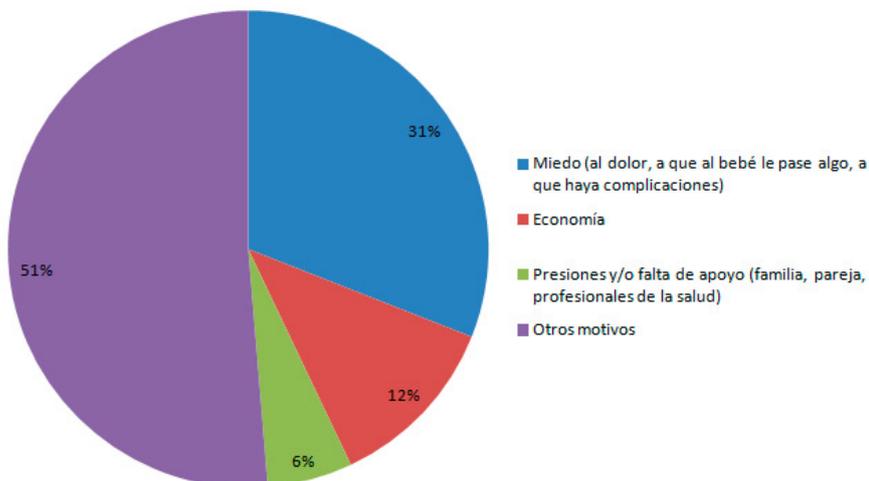
Tres partos



Más de tres partos



De la totalidad de encuestadas, 231 se plantearon en algún momento el parto en casa, 384 no se lo plantearon y 4 no saben o no contestan. Las razones principales esgrimidas para no querer parir en casa son las siguientes:

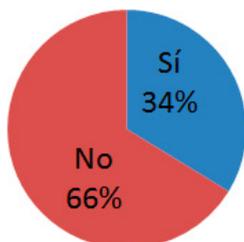


Planteamiento parto en casa	
Sí	231
No	384
No sabe / no contesta	4
Razones para no hacerlo	
Miedo	119
Economía	46
Presiones y/o falta de apoyo	22
Otros motivos	197

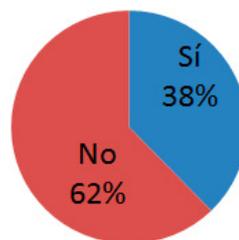
Razones para no parir en casa

Pero cuantos más partos se pasan, **más aumenta el deseo de parir en casa:** es decir, cuando se sabe cómo funciona el hospital y sus protocolos, muchas mujeres se sienten profundamente decepcionadas.

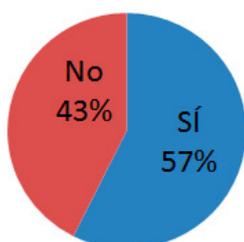
Un solo parto



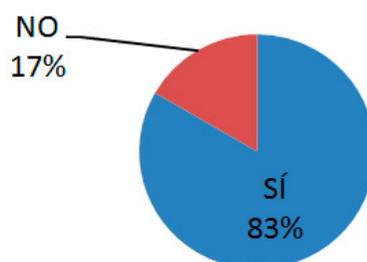
Dos partos



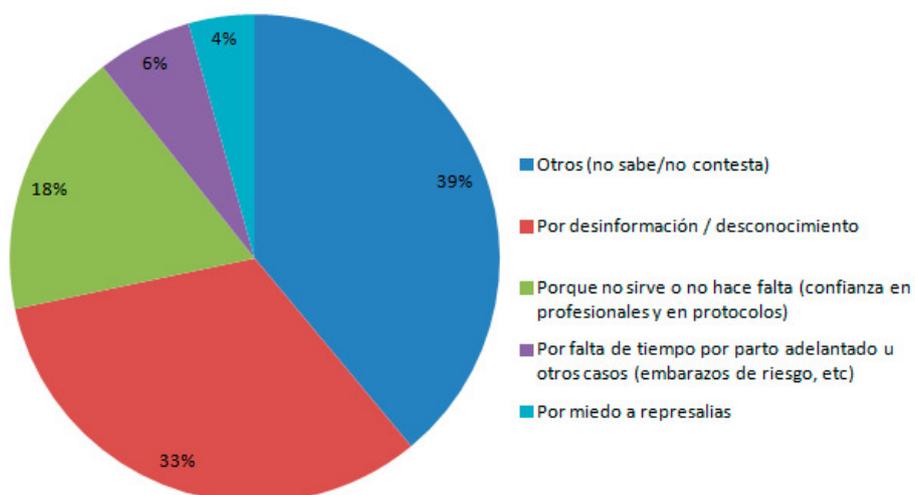
Tres partos



Más de tres partos



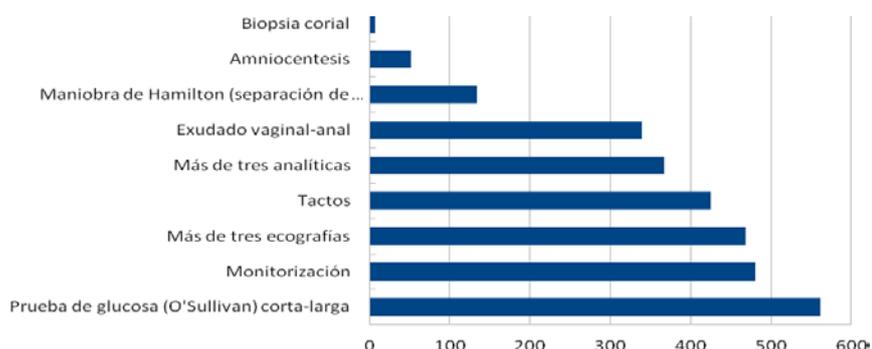
En cuanto al plan de parto, 169 mujeres presentaron uno, 415 no lo hicieron, y 35 quisieron hacerlo pero no se lo aceptaron. Las razones principales esgrimidas para no presentar un plan de parto son las siguientes:



¿Presentaste un plan de parto?	
Sí	169
No	415
Sí/quería hacerlo pero no lo aceptaron	35
No lo presenté porque...	
Otros	163
Por desinformación / desconocimiento	135
Porque no sirve o no hace falta	73
Por falta de tiempo u otros casos	26
Por miedo a represalias	18

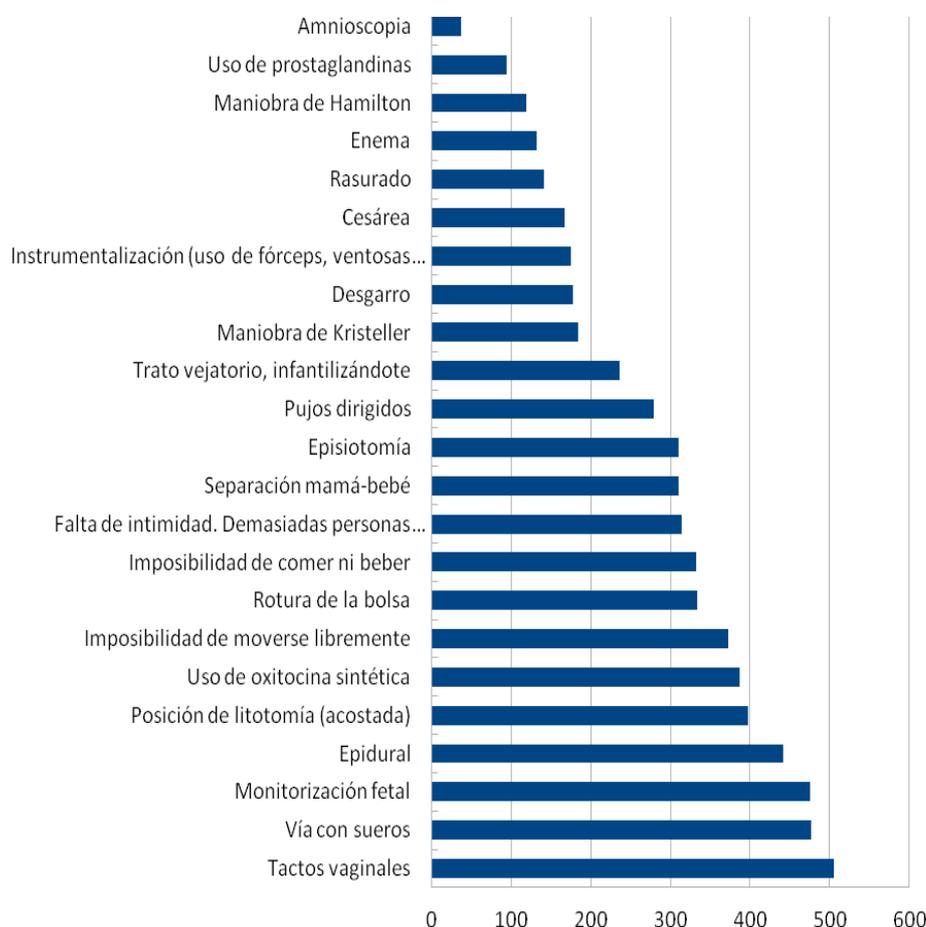
Razones para no presentar un plan de parto

Las intervenciones más comunes en el embarazo son las siguientes:



Prueba de glucosa (O'Sullivan) corta-larga	90,79%
Monitorización	77,54%
Más de tres ecografías	75,77%
Tactos	68,66%
Más de tres analíticas	59,29%
Exudado vaginal-anal	54,77%
Maniobra de Hamilton (separación de membranas)	21,65%
Amniocentesis	8,40%
Biopsia corial	1,13%

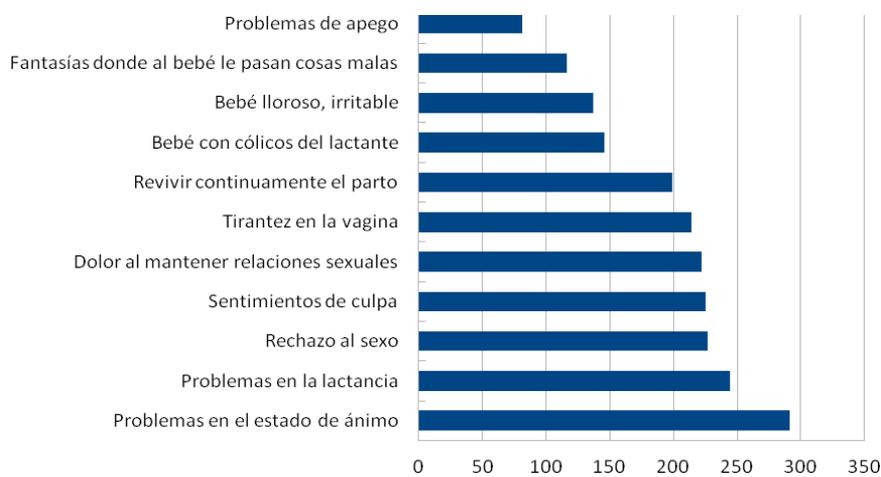
Las intervenciones más comunes en el parto son las siguientes:



Tactos vaginales	81,58%
Vía con sueros	77,06%
Monitorización fetal	76,74%
Epidural	71,24%
Posición de litotomía (acostada)	64,30%
Uso de oxitocina sintética	62,52%
Imposibilidad de moverse libremente	60,26%
Rotura de la bolsa	53,96%
Imposibilidad de comer ni beber	53,63%
Falta de intimidad. Demasiadas personas presentes	50,73%
Separación mamá-bebé	50,08%
Episiotomía	50,08%
Pujos dirigidos	45,07%
Trato vejatorio, infantilizándote	38,13%
Maniobra de Kristeller	29,73%
Desgarro	28,76%
Instrumentalización (uso de fórceps, ventosas y/o espátulas)	28,27%
Cesárea	26,98%
Rasurado	22,78%
Enema	21,32%
Maniobra de Hamilton	19,22%
Uso de prostaglandinas	15,19%
Amnioscopia	5,98%

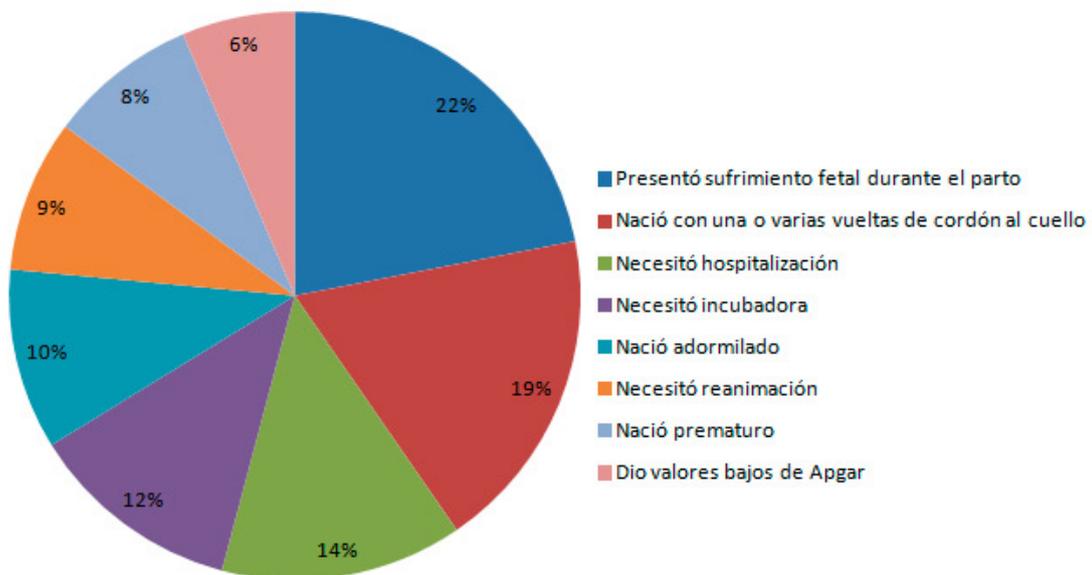
Hay cosas llamativas, como que suelen ir de la mano la imposibilidad de moverse libremente con la imposibilidad de comer y beber: es así en 285 casos.

En cuanto al postparto:

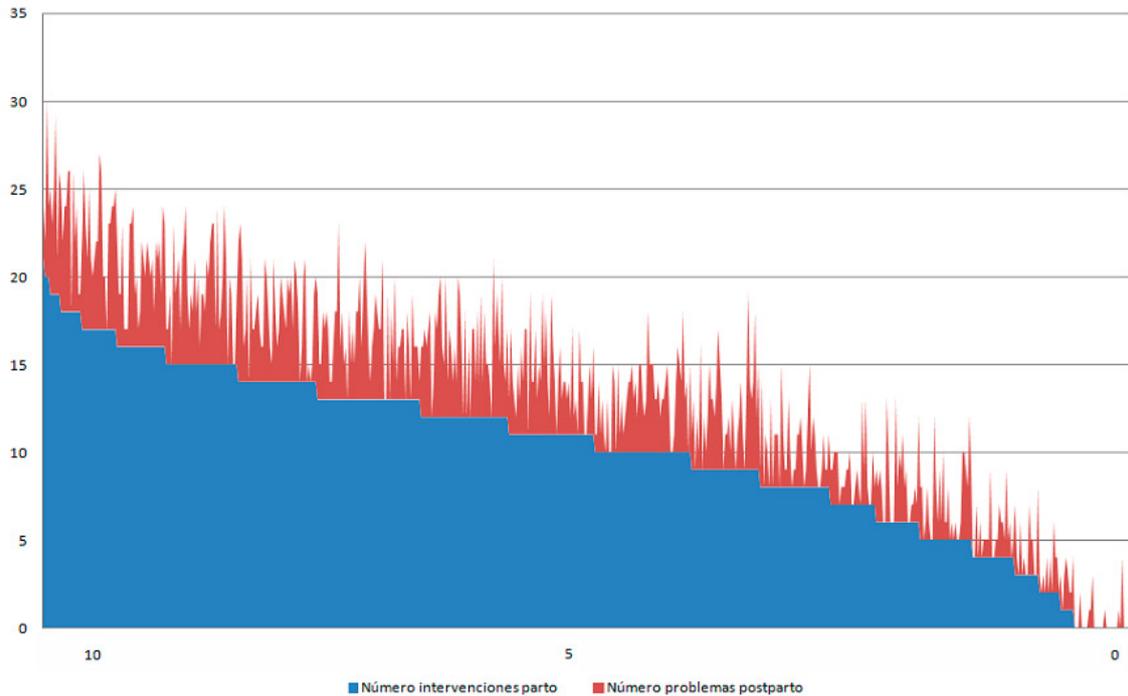


Problemas en el estado de ánimo	47,01%
Problemas en la lactancia	39,42%
Rechazo al sexo	36,67%
Sentimientos de culpa	36,35%
Dolor al mantener relaciones sexuales	35,86%
Tirantez en la vagina	34,57%
Revivir continuamente el parto	32,15%
Bebé con cólicos del lactante	23,59%
Bebé lloroso, irritable	22,13%
Fantasías donde al bebé le pasan cosas malas	18,74%
Problemas de apego	13,09%

De los bebés, 236 (el 38,13 %) presentaron uno o varios problemas al nacer, divididos así:

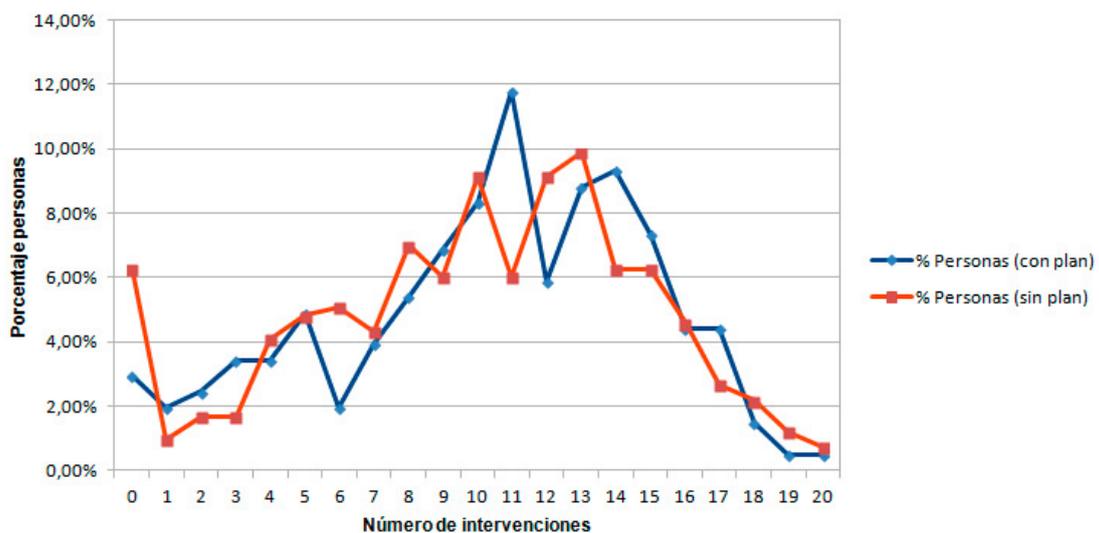


Podemos observar que hay una cierta consonancia entre el número de intervenciones en el parto y el número de problemas en el postparto:



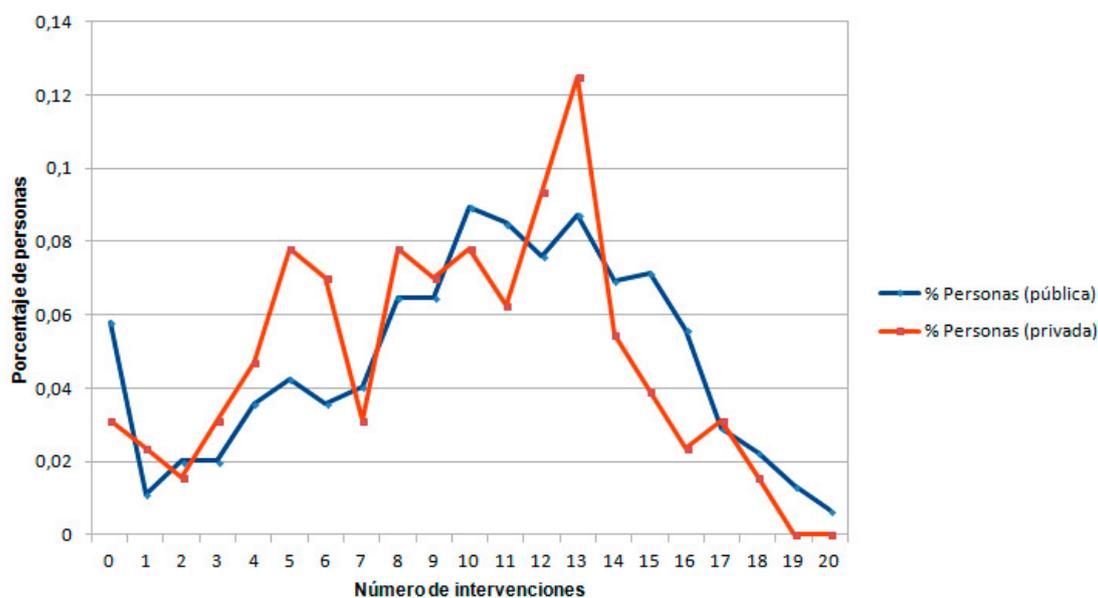
Correlación intervenciones parto/estado postparto

También llama la atención cómo, normalizando la cantidad de mujeres que entregan un plan de parto con las que no, se aprecia que esto apenas incide en el número de intervenciones recibidas: es decir, los planes de parto **NO** funcionan, porque **no se respetan**.



Relación entre presentación de plan de parto y número de intervenciones

Si comparamos la sanidad pública con la privada, normalizando el número (puesto que había más mujeres que habían parido por la sanidad pública), observamos que en la sanidad privada, de media, se realizan más intervenciones.



Relación entre tipo de sanidad y número de intervenciones

Por último, ha llegado la hora de darles la voz a ellas. De todas las participantes en la encuesta, 340 han querido compartir un poco más en profundidad sus experiencias, que pueden encontrarse aquí:

<http://lamagiacotidiana.blogspot.com.es/2015/05/cuestionario-sobre-violencia-obstetrica.html>

No obstante, ofrecemos a continuación un pequeño resumen con extractos de las mismas, totalmente sobrecogedores. Porque podemos encontrar muchas cosas en común en las narraciones de estas 340 mujeres. Definen la experiencia como «traumática y demoledora» (#276) o «brutalmente inolvidable» (#331), describiéndola como una «obligación a la sumisión para la supervivencia» (#287), sintiéndose «al servicio de la comodidad médica» (#309). Muchas coinciden en tener que **soportar burlas e insultos**: «me quejaba mucho y las enfermeras me apodaron "la llorona"» (#86), «la

ginecóloga se ríe abiertamente en mi cara» (#111), «el celador que me llevó al paritorio en un ascensor con otras personas se burló de mí ante ellas en tono jocoso» (#115), «se rieron entre ellas pensando que no me daba cuenta porque me olía mal el aliento» (#129), «el ginecólogo que me atendió me llamó la llantos» (#166), «el ginecólogo me hizo mover las piernas arriba y abajo; después se rió» (#180), «la comadrona se burló del tamaño de mis genitales y me ignoraba cuando yo le preguntaba cosas sobre mi proceso de parto, incluso me dio la vuelta al monitor para que no pudiera verlo» (#232). Igualmente, **no se permite gritar** a las parturientas, sin embargo ellos las gritan y maltratan: «me gritaban todo el tiempo» (#35), «el comadrón me dijo que tenía que callar y seguir órdenes» (#116), «tras sentir un inmenso dolor y como acto reflejo de mi cuerpo, empujé con mi pie en el hombro de la matrona y me chilló que le había empujado y se enfadó; su trato fue a peor aun habiéndole pedido mil disculpas» (#199), «me decían que me callara, que no gritara» (#201); «me decían que dejara ya de quejarme, que ya me estaba pasando con las quejas» (#216), «me decían que dejara de gritar, que si acaso me creía que esto era una película o una telenovela; me acusaron de estar fingiendo el dolor» (#319), «hicieron que me tapara la cara y no dejaban que yo gritara» (#324), «un auxiliar que abría la puerta del paritorio me gritaba que me diera prisa, que había más gente esperando fuera» (#292). Resaltan la instrumentalización, el **trato vejatorio y la infantilización**, cómo se las amenazaba, y se las trataba como a tontas e ignorantes: «un parto medicalizado e instrumentalizado en el que se me infantilizó hasta el punto de engañarme y ponerme oxitocina en contra de mi voluntad» (#131), «me dijo la matrona que yo no servía para parir» (#135), «la anestesista me amenazó diciéndome que me "rajarían igualmente y que me iba a doler"» (#148), «el ginecólogo me dijo "si hubieras sido mi mujer hace rato te hubiera hecho una cesárea; deja ya los rollos hippies, estás poniendo en peligro a tu hijo"» (#217), «esa sensación de infantilizarme y de indefensión fue horrible» (#237), «el ginecólogo decía "esta niña no sabe empujar"» (#240), «me trataba de manera infantil y me abría las piernas a golpes, como si le molestara tener que mirar ahí» (#257), «en cada momento me decían "es que no sabes parir"» (#269), «la anestesista me llamó retrasada por plantearme un parto sin epidural» (#298).

Igualmente, subrayan la sensación de **cosificación, indefensión y vulnerabilidad**: «me hacían esperar a que llegase el médico tumbada en la camilla sin bragas; no sé para qué me tenía que quitar las bragas para una ecografía abdominal» (#13), «en el hospital me levantaron patas abiertas y mostraban mi vagina a todas las enfermeras escandalizadas por una fuerte candidiasis; fue horrible y vergonzoso» (#151), «pasas de mujer a útero que contiene un bebé y de ahí a madre inútil» (#221), «me sentí objeto; yo no contaba para nada en mi parto» (#242), «me quedé aterrorizada por el dolor y por la indefensión de estar totalmente expuesta» (#306), «nunca he tenido una experiencia tan horrible ni he sentido tanta impotencia; el trato que se le da a las mujeres embarazadas es convertirlas en contenedores» (#311), «fue mucho lo desvalida y engañada que me sentí» (#142), «humillación y falta de respeto en un momento en que eres muy vulnerable» (#257), «me parece que estamos totalmente indefensas» (#330).

También hablan de la **sensación de apropiación de sus cuerpos, de pérdida de control** sobre éstos, de ser espectadoras de sus propio partos: «sólo puedo recordar desconexión conmigo misma, con mi cuerpo y con mi bebé; sentí perder el control de todo lo que pasaba en mi cuerpo, sólo quería que todo acabara» (#7), «me sentí ninguneada, me hicieron sentirme incapaz de parir, totalmente a merced de ellos» (#22), «sentí que no estaba pariendo; siento que me han robado el parto» (#57), «era como un cuerpo sólo, sin tenerme en cuenta como persona» (#68), «entras en un círculo de intervenciones que una lleva a otra y tú lo ves como espectadora» (#95), «me sentí como si fuera un cuerpo inerte» (#118), «me siento que me han robado el parto» (#127), «me sentí como utilizada, no como protagonista de mi parto» (#208), «hoy, no tengo la sensación de haber parido; me operaron de mi bebé» (#226).

Para muchas, el parto con violencia obstétrica es como una **violación**: «siento que mi parto fue una violación» (#59), «me sentí violada» (#91), «en mi primer parto me sentí violada literalmente; usaron mi cuerpo a su voluntad» (#94), «horrible, traumático, vejatorio, me sentí como violada» (#155), «fue el peor dolor que he experimentado en mi vida, una mano moviéndose violentamente dentro de mí» (#189), «nadie me volverá a violar» (#202), «cuando tenía 16

años fui víctima de una violación, que por miedo y vergüenza ni denuncié ni he contado a más de dos personas; cuando estuve de parto fue una experiencia parecida» (#318).

También abundan las sensaciones de **culpa** y de **miedo**: «han pasado 8 años y sigo sin haber superado el sentimiento de culpa de haberle fallado a mi bebé y a mí misma, porque llevaba la lección aprendida sobre lo que no debe ser un parto hospitalizado, pero una vez allí pierdes el control de todo» (#24), «me costó mucho superar la culpabilidad que sentía tras mi primer parto» (#63), «me ataron con los brazos en cruz causándome una sensación de miedo y desprotección muy grandes» (#160), «me anularon completamente con miedos» (#206), «pasé un miedo tan horrible que me llegué a desvanecer» (#335).

Hay, además, una **gran falta de intimidad**: «recuerdo muchos momentos violentos, demasiadas personas mirando mis genitales» (#42), «desde la cama de partos podía ver a la gente correteando por el pasillo general, y la gente a mí pujando» (#117), «en mi cesárea, sin consulta previa, había unas 10 personas de prácticas» (#180), «más de 30 personas entrando y saliendo» (#200), «cuando me llevaron al paritorio había mucha gente, no se presentaron, no me hablaron; me sentía como un trozo de carne» (#116), «en el momento del expulsivo había unas 10 personas en el paritorio, un ginecosaurio que ni se me había presentado se subió encima» (#169), «incluso la empleada de la limpieza que pasaba por allí se permitió decirme: "uyyy, esta chica cómo se queja, ¡nena, que no es para tanto!"» (#209), «horrible, parto múltiple, mil personas en mi paritorio hasta el punto de mandar yo a callar y reírse de mí» (#219), «me amarraron las manos desnuda y en un quirófano lleno de desconocidos con máscaras; tras el parto, durante la noche, varias personas me miraban mis partes sin pedir permiso» (#222), «había como 30 personas mirando mi parto como si fuera un partido de fútbol, pero a mi marido no lo dejaban pasar» (#240). Muchas veces esto es debido a la **presencia de estudiantes** sin pedir permiso: «fui objeto de hasta cinco tactos, uno tras otro sin que se me pidiera permiso y mucho menos sin presentarse ante mí los que

eran claramente aprendices» (#111), «el día que nació mi hijo TODOS los partos fueron realizados con fórceps (¿era día de práctica?)» (#194).

También denuncian una gran **falta de información**: «en ningún momento me explicaron nada ni pude participar en ninguna decisión» (#25), «me mete la mano en mi vagina, pregunto qué pasa... y me responde nada nada... tratándome como a una chiquilla preguntona» (#179), «no me dejaron decidir nada ni pidieron mi opinión en ningún momento; cuando pedí explicaciones me contestaron como si molestase, cuando me eché a llorar por la impotencia se burlaron» (#185). Es común además el **trato descuidado**: «la matrona encargada de mí se fue a ver la tele» (#48), «la matrona entraba a atenderme comiendo maíces con el olor que desprenden» (#99), «muchas de las enfermeras *wassapeaban* durante el alumbramiento» (#117), «una ginecóloga intentó sondarme mientras hablaba por su teléfono móvil, ni se dio cuenta que no llevaba epidural» (#230), «durante el seguimiento del embarazo me llegaron a decir que tenía VIH siendo mentira» (#263).

Algunas describen cómo **no se aceptan los planes de parto**, e incluso cómo se toman represalias contra las que se atreven a presentarlos: «el matrn me rompió el plan de parto en la cara» (#77), «se saltaron casi todos los puntos de mi plan de parto» (#96), «mi plan de parto desapareció, me devolvieron mi cartilla y no había ni rastro» (#99), «tuve que insistir 3 veces para que el matrn leyera mi plan de parto y después me dijo que no lo iba a respetar» (#159), «me obligaron a firmar que renunciaba a mi plan de parto antes de darme opciones para aliviar el dolor» (#216). Igualmente, son comunes las **represalias contra quienes intentan un parto en casa pero no lo consiguen** y acuden a un hospital: «ya en expulsivo y decir que veníamos de un parto en casa el equipo médico hacía comentarios despectivos, como si yo no estuviese, de las comadronas que atienden partos en casa» (#59), «nos trataron de irresponsables, maltrato por parte del personal del hospital en el post-parto, por ser "la que quería un parto en casa y al final mira cómo acaban"» (#274), «el anestesista cuando entró al quirófano diciendo "¿ésta es la del parto natural?" con un absoluto desprecio hacia mí» (#278), «se medio

mofaron diciendo “está llorando porque ella quería un parto natural” en tono mofoso» (#281).

Es común también la **separación sin motivos del bebé**, y el darle biberones cuando se prohíbe expresamente por querer ofrecer lactancia materna (el biberón interfiere con ésta): «no pude volver a verle ni tocarle hasta 1 día y medio después» (#129), «me trataban con desprecio por querer estar con mi hijo» (#239), «no toqué a mi bebé hasta 12 horas después» (#316), «durante ese tiempo, a mi hijo le dieron al menos dos biberones, cuando expresamente había pedido que no lo hicieran» (#339).

Las **consecuencias psicológicas** (estrés postraumático, depresión y ansiedad al recordar lo vivido) son muy frecuentes: «el primer parto me dejó en estado de shock por todo lo vivido; me separaron de mi bebé y ni siquiera me importó» (#50), «las secuelas psicológicas y físicas me han impedido tener más hijos» (#113), «siento odio hacia las personas que me asistieron» (#73), «me he quedado con la sensación de no haberlo hecho bien, lo que me costó una pequeña depresión post parto; hasta el día de hoy (2 años han pasado) sigo FURIOSA» (#208), «en su momento no denuncié la negligencia porque estaba agotada tras un posparto que casi me mata; me arrepiento de no haberlo hecho» (#252), «me da ansiedad revivirlo» (#303), «aún se me ponen los pelos de punta; han pasado casi 8 años» (#337).

Igualmente, hay **consecuencias físicas**: «después de 15 meses lo paso fatal para hacer caca; no he vuelto a tener relaciones sexuales satisfactorias» (#54), «no pude volver a tener relaciones pasados el año y medio y después de sesiones de fisio» (#101), «me hicieron una gran episiotomía que hasta hoy, 9 años después, siento» (#135), «9 meses después sigo con dolores vaginales» (#260), «después de mi mala experiencia en el parto tuve que hacer rehabilitación vaginal durante varios meses» (#265), «a día de hoy, mi hijo tiene 14 meses, sigo sin disfrutar satisfactoriamente del sexo» (#279).

Pero cuando solicitan los informes, para comprender qué ha pasado o poner una reclamación, se encuentran con que **éstos están incompletos o repletos**

de mentiras: en ningún informe se pone que se realiza la maniobra de Kristeller, por ejemplo, pero es tremendamente común (casi en el 30% de los casos aquí recogidos). Igualmente, se miente sobre los motivos que llevan a practicar algún procedimiento: «en los papeles del alta mintieron indicando "necesidad urgente de cesárea por más de 24 horas con bolsa rota"; la bolsa la rompieron ellos 2 horas antes de la cesárea» (#11), «en el informe de la cesárea pone distocia de dilatación y yo dilaté hasta 6cm» (#181), «hice una queja formal a mi hospital 8 meses después y me contestaron con que esa maniobra [Kristeller] no constaba en el informe» (#219), «solicité los informes y hay tachones y no hay nada explicado, como si todo hubiese ido genial» (#227).

También se resalta la **falta de sensibilidad ante las pérdidas de embarazos:** «en urgencias me comunicaron fríamente que estaba abortando, fuimos al ecógrafo y el gine sin dirigirse a mí, avisa a una doctora y le dice que es "negativo"; así me entero que no hay latido, sin una palabra amable» (#192), «me pasé día y medio ingresada en una planta llena de bebés que lloraban mientras mi bebé estaba muerto dentro de mí; fue una auténtica tortura» (#272).

No es de extrañar que algunas víctimas de violencia obstétrica decidan tener **el siguiente parto en casa**, para evitar el volver a pasar por algo así: «un infierno del que aprendí mucho; el próximo parto en CASA» (#14), «no volvería a parir a un hospital» (#69), «el dinero mejor invertido en mi vida fue pagar a las matronas que me atendieron antes, durante y después de mi maravilloso parto en casa» (#100), «si tuviera un tercero, creo que lo haría en casa» (#109). Y es que «es una vergüenza que sigamos en la situación en la que estamos en la mayoría de los hospitales y que lo que esté generalizado en las mujeres y la sociedad sean violencia, protocolos intervencionistas y prejuicios y poca confianza en los cuerpos de las mujeres y en el proceso fisiológico de parir» (#172).

APÉNDICE III. VIÑETAS DE LA SEGO: MEDICINA Y MISOGINIA

La SEGO, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, tiene más de 120 años de existencia, y en ella está registrada la mayoría de ginecólogos españoles. En el año 2011, se produjo un auténtico escándalo en las redes sociales con las viñetas de la sección “Un toque de humor”, obra del doctor Javier Server Gosálvez, del boletín de la SEGO. En estas viñetas, se ridiculiza a las mujeres de un modo tan irrespetuoso que diversas asociaciones exigieron la inmediata interrupción de su publicación, organizando en las redes sociales la llamada “revolución de las rosas”. Las viñetas fueron retiradas.

Hay “bromas” sobre el prolapso uterino (deslizamiento del útero), sobre la prostitución, sobre las mujeres obesas o con bajo nivel cultural e incluso sobre partos respetados. Se ofrecen imágenes casposas de prácticas desaconsejadas por la OMS, y en general la misoginia es tan intensa que poco más queda por añadir. Una imagen vale más que mil palabras: esto es lo que la SEGO, en España, considera gracioso.





Por el Dr. Javier Server Gosálvez
Servicio de Ginecología. Hospital de Gandia. Valencia



Por el Dr. Javier Server Gosálvez



Por el Dr. Javier Server G
Servicio de Ginecología. Hospital de Gandia. I



Por el Dr. Javier Server Gosálvez
Servicio de Ginecología. Hospital de Gandia. Valencia



Por el Dr. Javier Server Gos
Servicio de Ginecología. Hospital de Gandia. Val



Por el Dr. Javier Server Gosálvez



Por el Dr. Javier Server Gosálvez

VIÑETA
Un toque de humor



Por el Dr. Javier Server Gosálvez

VIÑETA
Un toque de humor



Por el Dr. Javier Server Gozávez

VIÑETA
Un toque de humor



Por el Dr. Javier Server Gozávez

VIÑETA
Un toque de humor



Por el Dr. Javier Server Gozávez
Servicio de Ginecología Hospital de Gandia, Valencia



Por el Dr. Javier Server Gozávez



Por el Dr. Javier Server Gozávez
Servicio de Ginecología, Hospital de Gandia, Valencia



Por el Dr. Javier Server Gozávez
Servicio de Ginecología, Hospital de Gandia, Valencia

VIÑETA
Un toque de humor



Por el Dr. Javier Server Gozávez