

HACIA LOS PARTOS EMPODERADOS:  
RECUPERANDO NUESTROS CUERPOS SECUESTRADOS POR LA BIOMEDICINA  
*TOWARDS THE EMPOWERED BIRTHS: RECOVERING OUR BODIES KIDNAPPED BY THE BIOMEDICINE*

Eva Margarita García  
*Universidad Autónoma de Madrid*

RESUMEN

A lo largo de la historia de Occidente las mujeres han ido perdiendo paulatinamente el poder sobre sus propios cuerpos, viendo cómo se patologiza y medicaliza todo lo que en ellos sucede: el embarazo y el parto se hallan totalmente en manos de la biomedicina, sujetos a unos protocolos médicos destinados a la comodidad de los profesionales y que tratan en demasiadas ocasiones a las mujeres como a niñas incapaces de decidir por sí mismas, lo que constituye un caldo de cultivo idóneo para la violencia obstétrica. Pero en los últimos tiempos están surgiendo diversas formas de activismo que cada vez toman más fuerza, con el objetivo de informar, formar y presionar a nivel social para que las mujeres vuelvan a ser las protagonistas de sus propios partos. Porque el derecho a decidir es un derecho sexual, y por ello, los partos empoderados resultan una reivindicación profundamente feminista.

**Palabras claves:** biomedicina, empoderamiento, maternidad, partos, sexualidad, violencia obstétrica.

ABSTRACT

Throughout the western History, women have gradually lost the power over their own bodies, noticing how everything, which is happening inside them, become pathologized and medicalized. Pregnancy and labor are totally in the hands of biomedicine, subject to medical protocols intended to the comfort of the medical professionals, and which treat women many times as little girls incapable of making their own decisions, constituting an accurate breeding ground to obstetric violence. Recently there are some activism rising up and gathering strength intending to inform, educating and putting pressure to make women recovering the leading role on their own labors again. As the right to decide is a sexual right, that's why the empowered births turn out to be a deeply feminist concession.

**Keywords:** Biomedicine, Birth/Labor, Empowerment, Maternity, Obstetric Violence, Sexuality.

## Introducción

Hasta el siglo XVI aproximadamente, el conocimiento obstétrico resultaba un misterio femenino y un saber exclusivo de comadronas expertas que formaban a nuevas profesionales a la par que se iba perfeccionando su conocimiento de la fisiología del parto. Pero con el avance de la biomedicina, no sólo se fue desplazando paulatinamente el parir en casa por el parir en los hospitales (todo lo relativo al embarazo y el parto comenzó a llevar la etiqueta de «enfermedad» o «estado patológico»), sino que además la asistencia a los partos fue arrebatada de las manos de las comadronas para pasar a las manos de los obstetras.

El exceso de medicalización resulta cada vez más preocupante en Occidente (Sánchez et al., 2011; Gérvas y Pérez-Fernández, 2016), y en el caso de las mujeres contiene además un importante sesgo de género, mediante el cual todos los momentos propios de la sexualidad femenina (menstruación, menopausia, embarazo, parto...) se convierten en patológicos, antinaturales, necesitados de ayuda para sobrellevarse. Es más, las mujeres crecen dentro de una domesticación de perpetuo terror y desconocimiento respecto a sus cuerpos, con lo que el vello corporal (éste está tan mal visto que en los anuncios de depilación, se muestra a una mujer ya depilada depilándose), la celulitis o la menstruación (azul en los anuncios de compresas, no lo olvidemos) han de quedar ocultos en el fondo del cajón, porque resultan un tabú que no puede mostrarse en público.

A pesar de que el parto es un estado natural que forma parte de la sexualidad femenina, hoy en día en los hospitales se halla sujeto a unos protocolos médicos destinados a la comodidad de los profesionales y que tratan en demasiadas ocasiones a las mujeres como meras máquinas portadoras de bebés, como cuerpos de los que hay que extraer una criatura, considerándolas como menores de edad con necesidad de tutela, incapaces de tomar decisiones (Bellón, 2015). El problema está en que esto bebe inevitablemente de la violencia obstétrica, forma de violencia de género que se encuentra totalmente invisibilizada, pues con la excusa de que lo importante es que el bebé esté bien, se manipula, medicaliza y patologiza a las mujeres sin ningún miramiento, desoyendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que lleva más de 30 años alertando sobre el exceso de medicalización e instrumentalización en los partos.

Pero en los últimos tiempos están surgiendo diversas formas de activismo que cada vez toman más fuerza, con el objetivo de informar, formar y presionar a nivel social para que las mujeres vuelvan a ser las protagonistas de sus propios partos, para que los protocolos médicos no resulten tan invasivos y los partos se humanicen y se traten con el respeto que merecen, dejando que sean las parturientas quienes se responsabilicen y decidan sobre su

propia salud, y contemplando los nacimientos asistidos fuera del entorno hospitalario como una opción perfectamente válida y segura, como así lo demuestra la evidencia científica (Chamberlain et al., 1994).

Vamos a realizar un recorrido en torno a los recursos propios del activismo en pos de un parto más respetado que existen hoy en día, tanto virtuales (foros de internet, redes sociales...) como presenciales (grupos de madres, asociaciones como *El Parto es Nuestro* que se reúnen en diversos puntos de la geografía española...) para intentar dilucidar si éstos están funcionando, si la respuesta social es la adecuada, si se está consiguiendo algo o cuánto camino queda aún por recorrer, si éste fuera el caso. Para ello, hemos buceado entre las páginas web que existen sobre estas temáticas, participando durante nueve años en foros sobre maternidad y partos respetados, y hemos asistido igualmente a reuniones presenciales de varias asociaciones.

## **1. La caza de brujas y el secuestro de la sexualidad femenina**

Hasta el siglo XVI aproximadamente, todo lo relativo al embarazo, parto y demás estados propios de la sexualidad de las mujeres eran considerados un misterio femenino, por lo que la atención recaía en manos de comadronas expertas cuyo saber empírico se transmitía de generación en generación, que iban perfeccionando según aumentaban sus conocimientos sobre la materia, por lo que resultaban muy apreciadas por las comunidades cuyos problemas cotidianos atendían (García Martínez et al., 1996).

Pero con la transición del feudalismo al capitalismo, las mujeres fueron desterradas de sus propios cuerpos, fundamentalmente en cuanto a la sexualidad y al ámbito reproductivo se refiere. Así, con el conocido término «caza de brujas» se esconde en realidad una apropiación y privatización de recursos comunes (a lo que las mujeres se opusieron con gran fiereza), por un lado, y una apropiación de los cuerpos femeninos y de su trabajo, por otro. La primera máquina desarrollada por el capitalismo no fue sino el cuerpo humano. 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 de explotación.

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. Silvia Federici habla de esta devaluación

de la posición social de las mujeres con el advenimiento del capitalismo, exponiendo en *Calibán y la bruja* (2010) 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.

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.

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 (Federici, 2010: 26).

Casi todas las acusaciones contra las brujas se centraban en su supuesta perversión sexual y/o 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:

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 (Federici, 2010: 251).

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 practicaran la obstetricia. A principios del siglo XVII 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).

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.

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 biomedicina ya estaba completamente asentada como ciencia «seria», y los partos en casa se consideraban casi primitivos y propios de las clases más bajas (Lemay, 2010).

Persiguiendo a las curanderas y a las comadronas, se les expropió de su patrimonio de saber empírico (fitoterapia<sup>1</sup> 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, realizó un auténtico epistemicidio, erigiendo una muralla de conocimiento científico indisputable, inasequible y extraño para las «clases bajas» en general y para las mujeres en particular. Al separar, de un lado, la medicina hegemónica (la «científica») y, de otro, la medicina empírica (la «tradicional»), siendo esta última la practicada por las matronas, quedaba claro que la masculinidad iba a alzarse victoriosa también en este ámbito: sólo lo científico, la biomedicina, sabía cómo traer niños al mundo.

## 2. Patologizando todos los momentos de la vida de las mujeres

Hemos visto cómo la patologización del parto en Occidente atravesó dos procesos: primero, cuando 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. La institucionalización de los procesos reproductivos eliminó 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 biomedicina es quien deberá decidir siempre sobre los cuerpos.

---

<sup>1</sup> La fitoterapia es el uso de las plantas medicinales con fines médicos y curativos.

Se considera que la hegemonía de la también llamada medicina occidental, científica o alopática, tiene menos que ver con progresos técnicos que con estrategias corporativas llevadas a cabo por los profesionales médicos en los dos últimos siglos (Esteban, 2003: 27).

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: menstruación, menopausia, uso de anticonceptivos, etc. 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, existe un gran desconocimiento sobre cómo funciona nuestro cuerpo y cómo trabajar con él, lo que no ayuda precisamente a salir de este estado subyugado.

Si las mujeres son sometidas a continuos tratamientos y consideradas como enfermas en todas las etapas de su sexualidad y su vida reproductiva, el empoderamiento y la recuperación de sus propios cuerpos puede resultar una tarea ardua, porque se encontrarán aterrorizadas, indefensas y eternamente infantilizadas. En palabras de Valls-Llobet:

Otra forma de control han sido los partos medicalizados, con las mujeres atadas de piernas, en posición antinatural, con rasurado inútil, y con episiotomías que dejan la pelvis condicionada para sufrir incontinencia de orina y de heces en la vida adulta. El miedo y la situación de ser torturada no deja espacio para el deseo y el placer del encuentro con el ser que ha llevado dentro durante meses (Valls-Llobet, 2009: 340).

Por otro lado, existe una tendencia inconsciente por parte del personal sanitario a no diagnosticar las patologías de las mujeres (Valls-Llobet, 2002), y sin embargo a medicalizar en exceso los procesos fisiológicos (embarazo, parto, menopausia), en una especie de compensación retorcida. Es como si las mujeres sólo existieran en tanto que seres destinados a la reproducción, como si sólo hubiera que hacerles caso en ese sentido (no hay más que ver cómo las «unidades de la mujer» de los hospitales sólo se refieren a ellas en un sentido ginecológico y obstétrico); pero además, al ser la otredad, las raras, las «no-hombres», se las mantiene en un estado perpetuo de enfermedad, y por ello han de ser medicadas para huir de su propia naturaleza (enfermiza, patológica), porque es un modo de dominarlas mediante el miedo, la fragmentación de sus cuerpos, y el fomento del desconocimiento sobre éstos.

### **3. Protocolos médicos y violencia obstétrica**

La violencia obstétrica hace referencia a un conjunto de prácticas que degradan, oprimen e intimidan 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) (Bellón, 2015: 93).

En los países en los que se ha legislado la violencia obstétrica (Venezuela, Argentina, México...), se ha realizado en tanto que forma de violencia de género. Se trata de una forma de control social: sigue el patrón de subordinación de las mujeres y de dominación de lo masculino, en paralelo con el patrón de subordinación del paciente y de dominación del profesional de la salud. Hay, por lo tanto, una doble dominación y una doble subordinación, con lo que las mujeres se encuentran doblemente desprotegidas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) da una definición de salud reproductiva (OMS, 1985: 23) indicando que ésta es «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades». Según el *Triángulo de la Violencia de Galtung* (2003), lo que normalmente observamos es únicamente la punta del iceberg: la violencia directa, que se halla firmemente asentada en la violencia cultural y la violencia estructural, que la arropan y legitiman. Así, la violencia obstétrica se asienta peligrosamente sobre las dos violencias menos visibles: una violencia cultural muy fuerte en la que los pacientes en general se sitúan en un papel de indefensión aprendida 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.

Si se impide que las mujeres tengan información, que ejerzan el control sobre sus propios cuerpos... entonces esos cuerpos están manipulados, son meros objetos del poder hegemónico: no podrán elegir libremente si desean o no un embarazo, cómo llevar a cabo su seguimiento, cómo parir y dónde, por quién(es) estar acompañadas en esos momentos, etc.

La violencia obstétrica, además, se asienta en protocolos médicos no revisados con la frecuencia con que se debiera, porque la ritualización de los partos supone para los profesionales de la salud una manera de sentir que controlan la situación: 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 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 (Davis-Floyd, 2004: 42).

Así, ritualizando los protocolos hospitalarios, tratando a todas las «pacientes» del mismo modo aunque su estado de salud resulte excelente, obligando a las mujeres a ser obedientes, a acatar las órdenes que los profesionales de la salud den en todo momento, sin rechistar... éstas quedarán finalmente convertidas en meros objetos al servicio de la biomedicina (masculina, androcéntrica, «objetiva»), obviando que el parto es un proceso fisiológico, obviando el hecho de que el mantenimiento de protocolos obsoletos va en contra de la evidencia científica más actual, que muestra cómo el excesivo intervencionismo es demasiado determinante dentro de la morbilidad<sup>2</sup> materna (Hodnett et al., 2008).

Cambiar un protocolo hospitalario, fuertemente asentado en un ritual casi siempre inconsciente, es algo que lleva muchísimo tiempo. La medicalización del parto, en este contexto protocolario y de profesionales (casi) cómodamente asentados en su día a día estandarizado, finalmente puede acabar autojustificándose a sí misma, ya que, a más intervencionismo, tanta más medicalización será necesaria: si a una mujer se le administra oxitocina sintética, por ejemplo, puede sentir tanto dolor que necesitará la epidural, pero entonces el parto se parará, por lo que finalmente puede terminar en cesárea. En palabras de Olza (2014: 81):

Si los profesionales no tienen un espacio de apoyo donde abordar este aspecto iatrogénico<sup>3</sup> 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.

Así, 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 (Basaglia, 1972). Lo que siempre se ha hecho. Lo protocolario, en definitiva. De

<sup>2</sup> Morbilidad: proporción de personas que enferman en un sitio y momento determinado.

<sup>3</sup> Iatrogenia: patología causada por la intervención médica.



ese modo, los profesionales tendrían 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.

#### 4. Cuando las voces se alzan

Uno de los principales problemas al considerar cualquier cuestión de índole médica es partir de la premisa de que ésta es una ciencia neutral, objetiva y libre de prejuicios, cuando la medicina está repleta de género, de sesgos y de androcentrismo: «La ciencia médica ha sido construida durante siglos, y casi hasta nuestros días, por varones de estratos sociales medio-altos en países de Occidente» (Ortiz, 2002: 32). La medicina hegemónica deja fuera sectores exentos de poder como las mujeres, personas con pocos recursos, o las de determinadas razas.

La relación entre el cuerpo femenino, la reproducción biológica y la medicina es claramente opresiva y la mujer se pierde en ella. [...] El simple control médico de la reproducción femenina contiene relaciones de género, clase y raza (Wilkinson, 1996: 108).

Si en la medicina el patrón por defecto es el masculino, porque la visión resulta profundamente androcéntrica, si no consiste en una institución neutral, objetiva y libre de influencias ideológicas, si en realidad está repleta de «valores sexistas y metáforas que remiten a la discriminación de las mujeres» (Ortiz Gómez, 2002: 32), es lógico que se establezca como 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. 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.

Dentro del modelo médico hegemónico se 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 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 en una

posición social de inferioridad. El médico siempre saldrá más reforzado, más poderoso, y las mujeres más incapacitadas, con una supuesta mayor necesidad de tutela y de guía.

Y es como reacción a este modelo de salud en el que las mujeres no son consideradas como sujetos con un criterio propio donde han empezado a surgir, primero tímidamente, pero cada vez con más fuerza, diversas formas de activismo que pretenden alzar la voz y reivindicar la recuperación del parto por sus protagonistas, el derecho a decidir sobre nuestra propia salud y el derecho a la información; en definitiva, el derecho a un parto respetado donde las mujeres puedan actuar como seres responsables de su propia salud, porque están plenamente capacitadas para ello.

## 5. El activismo en España

Supuestamente en España el embarazo y el parto deberían estar protegidos por:

- La legislación específica sobre violencia de género, teniendo en cuenta que ésta sólo parece estar dirigida en el ámbito de la pareja o expareja, por lo que a menos que se produzcan hechos muy graves, será difícil demostrar que la mala praxis en un parto tenga motivaciones ideológicas de género.
- Los derechos humanos, porque desde hace más de treinta años se vienen dando conferencias dentro del ámbito de los derechos humanos sobre la importancia del respeto a los derechos sexuales y reproductivos, definiendo éstos como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales.
- La Constitución Española, que en su artículo 43.1 reconoce el derecho a la protección de la salud.
- La *Estrategia de Atención al Parto Normal*, que veremos en el siguiente apartado.
- El Consentimiento Informado y el Plan de Parto, protegidos por la Ley de Autonomía del Paciente, y que suponen la obligación de respetar a las pacientes como individuos y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos en general y al tratamiento del parto en particular.
- Los hospitales IHAN o «Iniciativa Hospital Amigo de los Niños», 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. 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.

- La Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, publicada por el Ministerio de Sanidad recientemente, cuyo 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.

A pesar de todo esto, los partos instrumentalizados siguen produciéndose en el territorio nacional y la violencia obstétrica también. Porque no existe una ley específica que proteja a las mujeres contra la violencia obstétrica (como sí sucede en México o Venezuela), todo depende de la interpretación que se le dé dentro de una legislación generalista que además no siempre considera la violencia obstétrica como violencia de género. En este contexto inmovilista y desprotegido, el activismo está emergiendo para hacer presión desde el ámbito de las interesadas: las mujeres que quieren decidir, que tienen derecho a decidir.

## 6. Observando los partos en España: los datos sobre la mesa

Hoy por hoy existe un gran vacío de estadísticas públicas en materia obstétrica en España, a pesar de que cada vez más voces demanden unos datos fiables de esta índole.

Debe existir un seguimiento regular de los indicadores obstétricos, tales como cesáreas de urgencia e indicadores neonatales, retrasos o fracasos en la reanimación y sistemas para documentar y registrar las decisiones clínicas e incidentes (González Salgado, 2011: 48).

La gran mayoría de centros hospitalarios no miden sus prácticas, ni las evalúan ni hacen autocrítica alguna. Sí existen distintos observatorios del Ministerio de Salud a nivel de comunidades autónomas, y en éstos se recogen algunas estadísticas de los hospitales que se han prestado ella. El problema de esto es que la información está sesgada, ya que al no resultar obligatorio el ofrecer estos datos, sólo unos pocos hospitales participan voluntariamente, aunque sin un servicio de auditoría por detrás que verifique que el procedimiento de recogida de datos sea el correcto.

Para evitar la excesiva instrumentalización —y deshumanización— del proceso del parto, y gracias sobre todo a la presión de asociaciones como *El Parto es Nuestro*, de la que hablaremos en el último apartado, 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 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 (De la Cueva Barrao, 2014) y constituyen una excelente herramienta para mejorar la atención, facilitar la participación de las mujeres en sus partos y apoyar las iniciativas de mejora en los servicios obstétricos de los hospitales españoles.

Respondiendo a la primera evaluación de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, se realizó un informe en 2011 (revisado en 2015) sobre la atención al parto y al nacimiento en el sistema nacional de salud (OSM, 2012). Dicho informe recoge la información sobre los resultados de las prácticas clínicas, la participación de las mujeres, la formación de profesionales y la investigación, innovación y difusión de buenas prácticas, que representan las cuatro líneas estratégicas que configuran la EAPN.

Según este informe, sólo un 15,5 por ciento de los protocolos hospitalarios incluyen TODAS las recomendaciones de atención al parto normal.

A día de hoy, el 53 % de los partos se estimulan con oxitocina y en casi 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 60 % de los nacimientos se favorece el contacto piel con piel entre madre y bebé (OMS, 2012).

En cuanto al porcentaje de cesáreas, aunque la OMS aduce que éste debería estar siempre entre el 10 y el 15 %, en España sigue subiendo alarmantemente: ahora mismo está situado en torno al 22 %. 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. Y no es que las mujeres que acuden a la sanidad privada tengan el periné menos elástico, dilaten peor, o directamente no sean capaces de parir, sino que quizá esto tenga más que ver con los protocolos obsoletos (y también cierto afán pecuniario) de determinadas clínicas privadas.

Como no todos los hospitales atienden de igual forma los partos (a veces, depende incluso del equipo que toque en ese momento), el Ministerio de Sanidad ha puesto a disposición de las gestantes los llamados «planes de parto», basados en la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, que permiten expresar sus preferencias: si quieren o no epidural, episiotomía, rasurado y enema, en qué posturas desean parir, por quién(es) quieren estar

acompañadas, etc. También se indica cómo deben transcurrir los días de hospitalización, si no quieren que se lleven al bebé en ningún momento de la habitación, por ejemplo. 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 (López, 2015), 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, de ahí las tasas tan altas de instrumentalización aunque exista un plan de parto de por medio.

## 7. Partos no hospitalarios

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 muchas personas 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, y resulta además el país con menor tasa de mortalidad perinatal<sup>4</sup> (Long, 2009), hay en torno a un 8 % de cesáreas, un 8 % de episiotomías y la epidural se usa en el 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. Los partos en casa son tan seguros como los hospitalarios, siempre y cuando se realicen bajo la asistencia de un profesional médico cualificado (matrona, ginecóloga), 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 (Chamberlain et al., 1994). 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 metaanálisis 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 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

<sup>4</sup> 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.

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, lo que no está al alcance de todo el mundo.

El Equipo *Educer* (profesionales que atienden partos en casa en Alicante) publicó en 2014 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 del norte de Europa (*Save The children*, 2010), 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. Según la comadrona Cristina Triviño, «el parto en casa es una opción imprescindible, necesaria, válida y segura» (Velasco, 2016).

Porque si las mujeres sienten que no encuentran su espacio en los lugares donde se practica una medicina hegemónica androcéntrica, represora e impositiva, es normal que busquen nuevos/viejos lugares donde sí puedan llevar a cabo sus partos con la naturalidad que debería caracterizarlos, siempre y cuando no exista ningún problema de salud. Es lógico que, en este contexto, se esté efectuando una tímida vuelta al parto en casa, sobre todo entre mujeres de nivel medio-alto y con alto nivel cultural (Grupo Néixer, 2016).

## 8. Principales asociaciones españolas

En España existen 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.

## 8.1 El Parto Es Nuestro<sup>5</sup>

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 al ofrecimiento de 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 resulta mucho más respetuosa, los beneficios son mucho mayores para todos, a todos los niveles

Además, EPEN ha colaborado en la redacción de la *Estrategia de Atención Al Parto Normal*, 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 socias, entre las cuales cuenta con usuarias y profesionales de todo el territorio. Contiene además un grupo específico llamado *Apoyo Cesáreas* 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 joven aún Observatorio de Violencia Obstétrica (noviembre de 2014), cuyo objetivo principal es recoger los casos de violencia obstétrica en España, realizar informes sobre éstos, y ponerlos en conocimiento de las instituciones sanitarias, tanto nacionales como internacionales.

## 8.2 Dona Llum<sup>6</sup>

La *Associació Catalana per un Part Respectat Dona Llum* tiene su sede en Cataluña, y está constituida por usuarias 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

<sup>5</sup> <http://www.elpartoesnuestro.es/>

<sup>6</sup> (<http://www.donallum.org/>)

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.

### **8.3 Plataforma Pro Derechos del Nacimiento<sup>7</sup>**

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 Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

### **8.4 Asociación Nacer en Casa<sup>8</sup>**

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 (ginecólogas, matronas).

## **9. Estrategias del activismo**

Actualmente, por medio de asociaciones como las anteriormente descritas, y sobre todo gracias a las redes sociales, hay diversos frentes abiertos para luchar contra la violencia obstétrica y para lograr partos respetados y empoderados. 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

<sup>7</sup> <http://pdn.pangea.org/>

<sup>8</sup> <http://www.nacerencasa.org/>



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, etc. Cuando en el año 2011 la revista de la SEGO publicó unas caricaturas que ridiculizaban la figura de las mujeres que asistían a consultas de ginecología, fue gracias a la presión que se ejerció por las redes sociales como se consiguió su retirada.
- 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: así es como El Parto es Nuestro ha logrado que se lleve a cabo la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, en cuya redacción ha colaborado.
- Cambios laborales con la existencia de nuevas profesiones: doulas, salus, asesoras de lactancia, asesoras de porteo, etc... Dichas nuevas profesiones intentan llenar un hueco, cubrir varios ámbitos que hoy por hoy se encuentran 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.

## 9.1 Mejoras en la atención sanitaria

Gracias a la presión de las asociaciones, al reciclaje de profesionales teniendo en cuenta las nuevas evidencias científicas (De la Cueva Barrao, 2014), 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 son necesarios aún grandes cambios para situarnos al nivel de los países donde la atención al parto es mucho más humana (*Save the children*, 2010). Por ello, hay que seguir luchando activamente 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 *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.

## Conclusiones

Hemos visto cómo la biomedicina logró arrebatarnos el control de las mujeres sobre sus propios cuerpos, cayendo los partos en las manos de los varones obstetras, y de celebrarse en la intimidad del hogar pasaron a llevarse a cabo en los hospitales. Tratar los estados propios de la sexualidad femenina como patológicos no es sino el mecanismo patriarcal de control definitivo, pues de ese modo se consigue que las mujeres teman a su propia naturaleza y en el momento de sus partos se dejarán manipular, aterrorizadas e internamente bloqueadas, para tomar decisiones sobre su propia salud. Y aquí aparece la violencia obstétrica como forma de violencia de género unida a mala praxis médica.

Afortunadamente, con el advenimiento de los feminismos, se están reivindicando los partos empoderados, conscientes, respetados e informados. Porque si los protocolos médicos hospitalarios están acomodados y las leyes se quedan cortas, siempre se puede ejercer presión social para que esto cambie. Y porque si las mujeres deciden parir en sus hogares de manera segura, como sucede en países escandinavos, deberían poder hacerlo sin ser blanco de críticas. Por lo tanto, el activismo es imprescindible para devolver el parto a sus protagonistas, las mujeres, para que éstas puedan actuar como seres responsables de su propia salud, porque están plenamente capacitadas para ello. Porque tienen el poder.

## Bibliografía

- BASAGLIA, Franco (1972): *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*, Barcelona, Seix Barral.
- BELLÓN, Silvia (2015): «La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica», *Dilemata*. N° 18, pp. 93-111.
- CHAMBERLAIN, George, WRAIGHT, Anny y CROWLEY, Patricia (1994): *Home Births. The report*

- of the 1994 Confidential Enquiry by the National Birthday Trust Fund, Nashville, Parthenon Publishing.
- CLARET, Antonio, GARCÍA, Manuel Jesús, y VALLE, Juan Ignacio (1996): «La imagen de la matrona en la Baja Edad Media», *Híades, Revista de Historia de la Enfermería*. N°3-4, pp. 61-82.
- CLARK, Alice (1968): *The Working Life of Women in 17th Century England*, Londres, Frank Cass & Co.
- DAVIS-FLOYD, Robbie (2004): *Del médico al sanador*, Buenos Aires, Creavida.
- DE LA CUEVA BARRAO, Pilar (2014): *Recomendaciones de sociedades científicas y organizaciones para la atención al embarazo, parto y nacimiento*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- EDUCER (2014): «Observatorio del Parto en Casa en España. Informes anuales». Disponible en <http://educer.es/observatorio-del-parto-en-casa/> [Consultado el 31 de mayo de 2017]
- EL PARTO ES NUESTRO (2017): [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partonormal/2.-%20La%20naturaleza%20de%20parir%20y%20nacer\\_Gloria%20Lemay.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partonormal/2.-%20La%20naturaleza%20de%20parir%20y%20nacer_Gloria%20Lemay.pdf) [Consultado el 31 de mayo de 2017]
- ESTEBAN, Mari Luz (2003): «El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud», *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. Vol. 3, N° 1, pp. 22-39.
- FEDERICI, Silvia (2010): *Calibán y la bruja*, Madrid, Traficantes de sueños.
- GALTUNG, Johan (2003): *Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia*, Gernika, Bakeaz.
- GÉRVAS, Juan, y PÉREZ-FERNÁNDEZ, Mercedes (2016): *El encarnizamiento médico con las mujeres*, Barcelona, Los libros del lince.
- GONZÁLEZ, Sofía (2011): «La atención al parto hospitalario», en López Villar, Cristina (coord.) (2011). *Estudios multidisciplinares para la humanización del parto*, A Coruña, Universidade da Coruña, pp. 39-50.
- GRUP NÉIXER (2016): «Asistencia partos en casa». Disponible en: <http://grupneixer.com/asistencia-partos-en-casa/> [Consultado el 31 de mayo de 2017]
- HODNETT, Ellen, GATES, S., HOFMEY, G. J., y SAKALA, C. (2008): «Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida)», *La Biblioteca Cochrane Plus*. N°4. Oxford: Update Software.
- LEMAY, Gloria (2010): «La naturaleza de parir y nacer». Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es> [Consultado el 31 de mayo de 2017]
- LONG, Mireia (2009): «El parto en Holanda», *Bebés y más*. Disponible en: <http://www.bebesymas.com/parto/el-parto-en-holanda> [Consultado el 31 de mayo de 2017]
- LÓPEZ, Ángeles (2015): «La madre no controla el parto», *El Mundo*. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2015/09/14/55f1cd3122601d47428b45a5.html> [Consultado el 31 de mayo de 2017]

- OBSERVATORIO DE SALUD DE LAS MUJERES (2012): «Informe sobre la atención al parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud» Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/A\\_InformeFinalEAP.htm](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/A_InformeFinalEAP.htm) [Consultado el 31 de mayo de 2017]
- OLZA, Ibone (2014): «Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica», *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Revista Iberoamericana de psicosomática*. Nº 111, pp. 79-83.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1985): «Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza», *The Lancet*. Nº 2, pp. 436-437.
- ORTIZ, Teresa (2002): «El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer». En RAMOS, Elvira (coord.): *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. I Congreso Nacional: Murcia, 9 y 10 de Mayo 2002*, Madrid, Instituto de la Mujer, pp. 29-41.
- ORUETA, Ramón (2011): «Medicalización de la vida», *Revista clínica de medicina de familia*. Vol. 4 Nº 2, pp. 150-161.
- SAVE THE CHILDREN (2010): «Women on the Front Lines of Health Care. State of the World's Mothers 2010». Disponible en: <http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SOWM-2010-Women-on-the-Front-Lines-of-Health-Care.pdf?msource=weefuchc0711> [Consultado el 31 de mayo de 2017]
- VALLS-LLOBET, Carme (2002): «Promoción de la salud desde la perspectiva de género». En RAMOS, Elvira (coord.): *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. I Congreso Nacional: Murcia, 9 y 10 de Mayo 2002*, Madrid, Instituto de la Mujer, pp. 200-205.
- VALLS-LLOBET, Carme (2009): *Mujeres, salud y poder*, Madrid, Alianza.
- VELASCO, Patricia (2016): «Cada año, 600 mujeres dan a luz en casa en España». Disponible en: <http://www.madridiario.es/437918/mujeres-dan-luz-casa-nacimientos> [Consultado el 31 de mayo de 2017]
- WAX, Joseph, *et al.* (2002): «Maternal and Newborn Outcomes in Planned Home Birth vs Planned Hospital Births: A Metaanalysis», *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Nº 203, 243.e1- 243.e8.
- WILKINSON, Sue, y KITZINGER, Celia (1996): *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*, Barcelona, Paidós.

Recibido el 27 de febrero de 2017  
 Aceptado el 29 de mayo de 2017  
 BIBLID [1139-1219 (2017) 22: 87-106]