

Violencia Obstétrica en el discurso de la mujer: Una reflexión a través de la Bioética Narrativa

Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Bioética y Bioderecho
Escuela de Doctorado y Estudio de Posgrado
Facultad de Ciencias de la Salud Universidad
de La Laguna Curso académico 2022-2023

Autora Edith Gutiérrez Santana

Tutora: Janet Delgado Rodríguez

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	3
Introducción.....	4
Objetivos.....	5
Metodología.....	6
Marco conceptual: Violencia Obstétrica.....	7
1. Violencia obstétrica: Definición.....	7
✚ Historia de la violencia obstétrica.....	8
✚ Marco legal.....	10
✚ Guías de Prácticas Clínicas y recomendaciones basadas en la evidencia.....	12
✚ Violencia obstétrica durante la pandemia.....	16
2. Bioética Narrativa.....	18
✚ Ética Narrativa.....	20
✚ Medicina Narrativa.....	22
✚ Cuidados centrados en la persona.....	24
3. Narración de Mujeres.....	27
4. Discusión.....	34
Conclusión.....	40
Bibliografía.....	41

Resumen

El objetivo de este trabajo es identificar cuáles son los principales problemas éticos relacionados con la violencia obstétrica en España desde la perspectiva de las mujeres a través de la metodología propia de la bioética narrativa, la cual se vale de diferentes recursos, como el relato de historias y la contextualización, con el fin de ayudar al trabajo de los equipos profesionales de la salud, para comprender la perspectiva de las mujeres.

Así, este trabajo pretende conocer las experiencias de las mujeres que han sufrido la violencia obstétrica, analizar su discurso desde una perspectiva ética con el objetivo último de ayudar a mejorar la atención que reciben las mujeres en su proceso de parto. Para eso, se ha establecido una metodología de investigación tipo cualitativa, observacional y narrativa, obteniéndose la información a través del foro “El parto es Nuestro”.

Palabras clave: violencia obstétrica, mujer, bioética narrativa, embarazo, parto

Abstract

The objective of this work is to identify the main ethical problems related to obstetric violence in Spain from the perspective of women through the methodology of narrative bioethics. This approach utilizes different resources such as storytelling and contextualization to help healthcare professionals understand women's perspectives.

The aim of this work is to understand the experiences of women who have suffered obstetric violence, analyze their discourse from an ethical perspective and explore potential benefits. To achieve this, a qualitative, observational and narrative research methodology was established and information was obtained through the forum “El parto es Nuestro”.

Keywords: obstetric violence, woman, narrative bioethics, pregnancy, childbirth

Introducción

Uno de los grandes momentos en la evolución de la humanidad fue el día en que un homínido comenzó a poder erguirse. Ya el Australopithecus se desplazaba de manera bípeda y este sería el comienzo de lo que hoy somos ahora. El paso de ser cuadrúpedo a bípedo permitía a la especie, entre otras cosas, tener más rango de visión a la hora de detectar tanto presas como posibles peligros, aunque ello desembocó que los huesos de la cadera sufriesen ciertas modificaciones provocando que el canal del parto no fuese recto. Esto se traduce en que la mujer sufrirá dolor a la hora de dar a luz y el tiempo de dilatación será mayor y, por este motivo, se precise de ayuda a veces para traer un bebé al mundo.

Sin embargo, que se requiera de apoyo, no quiere decir que la mujer se convierta en un ser pasivo y que se le puedan realizar ciertos actos durante el embarazo, parto o puerperio que, en definitiva, son innecesarias, no consentidas y perjudiciales, tanto a nivel físico como psíquico. Esto tiene un nombre y se trata de la violencia obstétrica, terminología relativamente reciente, pero práctica que se lleva realizando desde siempre. Actualmente muchos niegan de su existencia como el Consejo General de Colegios de Médicos de España, aunque la OMS (Organización Mundial de la Salud) publica en el año 2014 una declaración en la que reconoce la existencia de la violencia obstétrica, con intención de prevenir y erradicar este tipo de maltrato hacia la mujer.

No reconocer la violencia obstétrica es normalizar un comportamiento que no es meramente puntual. Por ello, el propósito de este Trabajo Fin de Máster es realizar, a través de un estudio cualitativo, un análisis del discurso, empleando la bioética narrativa para explorar el potencial de las experiencias narradas, por medio de las principales protagonistas: las mujeres.

Objetivos

- General:
 - Conocer la experiencia de las mujeres que han sufrido violencia obstétrica en España.
- Específicos:
 - Aplicar la Bioética Narrativa al área de la violencia obstétrica para ayudar a visibilizar el problema.
 - Identificar las distintas formas de violencia obstétrica que han sufrido las mujeres.
 - Conocer los beneficios que se pueden obtener analizando éticamente los relatos de las mujeres.

Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una revisión de la literatura, concretamente, documentos de sociedades científicas y estudios relacionados con la violencia obstétrica y la bioética narrativa. Se ha empleado el Google Académico, seleccionándose documentos tanto en español como en inglés. Finalmente, se ha hecho una aproximación a través de la bioética narrativa, analizando el discurso desde una perspectiva ética de las mujeres que han experimentado la violencia obstétrica a través una asociación española sin ánimo de lucro creada en el 2003 por un grupo de mujeres y sus parejas que habían tenido malas experiencias durante el parto y querían hacer algo al respecto. La página web tiene como misión promover y defender los derechos de las mujeres durante el embarazo, parto y postparto. En la actualidad, la página web “El parto es Nuestro” se ha convertido en un referente en el tema de la violencia obstétrica por la gran cantidad de información que proporciona sobre los derechos de las mujeres, así como por la labor de concienciación y sensibilización que realizan a través de campañas y redes sociales. Su enlace es el siguiente: <https://www.elpartoesnuestro.es/>

Marco conceptual: Violencia Obstétrica

1. Violencia Obstétrica: Definición

La violencia obstétrica se refiere a las prácticas y conductas realizadas por profesionales de la salud a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, en el ámbito público o privado, que por acción u omisión son violentas o pueden ser percibidas como violentas⁽¹⁾. Debido a esto, se pueden cometer acciones no acordadas o habladas previamente, como la realización de episiotomías sin consentimiento, llevar a cabo procedimientos dolorosos sin anestesia, estandarizar una determinada postura para parir sin la posibilidad de variar o el excesivo uso de medicamentos. La OMS también la define como “aquella que sufren las mujeres durante el embarazo o el parto al recibir un maltrato físico, humillación y abuso verbal, o procedimientos médicos coercitivos o no consentidos”⁽²⁾.

A continuación, se muestra una tabla de los distintos tipos de violencia obstétrica más destacables:

Categoría	Tipo de violencia	Ejemplo
Maltrato físico	Tactos vaginales realizados por más de una persona, episiotomía, uso de fórceps o maniobra de Kristeller sin consentimiento.	“Mujer se encuentra en trabajo de parto y acude ginecólogo con múltiples estudiantes y todos realizan tactos vaginales”
Maltrato psicológico	Humillación y abuso verbal, trato infantil, paternalista, autoritario, despectivo, insultos verbales, despersonalización o vejaciones.	“¿No te gustó abrir las piernas? Ahora aguántate” “Cuando lo estabas gestando no te dolía tanto, no te quejes”
Abuso de poder	Violación de la privacidad y confidencialidad, impedir el apego precoz del bebé sin causa justificada, alterar el proceso natural del parto bajo riesgo.	“Se administra oxitocina a la mujer para acelerar el proceso de parto sin justificación” “Entrar en la habitación durante el trabajo de parto y dejar la puerta abierta”
Malas prácticas	Impedir el apego precoz del bebé sin causa justificada, alterar el proceso natural del parto bajo riesgo, no atender eficazmente ni a tiempo emergencias obstétricas, medicalización excesiva, intervenciones dolorosas sin anestésicos, obligación de dar a luz en	“Mujer en proceso de parto se coloca en posición de litotomía por comodidad de la matrona o ginecólogo”

	determinadas posiciones, obtención de consentimiento de forma involuntaria o con déficit de información.	“Realizar cualquier intervención sin informar previamente”
--	--	--

Tabla 1: Elaboración propia

Este fenómeno es bastante desconocido, aunque curiosamente son muchas las mujeres quienes refieren haberse sentido de alguna forma u otra humilladas o maltratadas. Dentro de las posibles causas por las que se da la violencia obstétrica se encuentran las siguientes⁽³⁾:

→ Violencia obstétrica de carácter simbólico: Este tipo de prácticas han sido consideradas normales entre las mujeres a lo largo de mucho tiempo, por lo que denunciar puede generar miedo, así como el temor a ser juzgadas por “criticar” al sistema sanitario o ser etiquetadas de exageradas.

→ Violencia obstétrica por desgaste profesional: En el ámbito sanitario, los que recurren a este tipo de prácticas suelen estar relacionados con el síndrome del Burnout o síndrome del trabajador quemado. Los altos niveles de estrés y cansancio pueden llevar a la frustración del profesional de la salud, lo que puede resultar en una atención deshumanizada con las pacientes.

→ Violencia obstétrica por falta de formación: La falta de información es otra explicación para la presencia de la violencia obstétrica, ya que no son conscientes de las implicaciones de este tipo de comportamientos. La carencia de herramientas para detectar y abordar adecuadamente estas prácticas en mujeres embarazadas, parto y postparto pueden provocar consecuencias tanto físicas como psicológicas.

Historia de la violencia obstétrica

¿Cómo surge la violencia obstétrica? Esta puede ser una gran pregunta a un fenómeno que se da en prácticamente todos los rincones del mundo y que sin embargo, es muy difícil de responder. Uno de los antecedentes más antiguos del parto que tenemos hoy en día es del aedo Homero en un verso del

himno a Apolo: “Apolo, hijo de Júpiter y de Latona, va a nacer. Ilitia, árbitro de los dolores vuela a Delos donde está Latona. Ésta, sintiéndose próxima a parir, se sobrecoge, y abrazándose a una palmera, apoya las rodillas en el tierno césped. La tierra entonces le sonríe y nace Apolo”⁽⁴⁾. De este fragmento, se puede interpretar que antaño, los partos se realizaban en solitario y era la mujer quién tenía un papel activo en el proceso, demostrando que están anatómicamente preparadas para parir solas. Aún así, el proceso de parto en el ser humano suele ser bastante largo, con los posibles riesgos que pueda eso significar, por lo que no es de extrañar que surgiese a la par una nueva profesión, que era la de comadrona. Estas comadronas no se formaban en las escuelas de la época, sino con la experiencia obtenida del boca a boca, ayudando como acompañamiento de la mujer durante el embarazo, parto y postparto. Se daba entonces la situación en la que, cuando una mujer se quedaba embarazada y ya se preparaba para dar a luz, se veía acompañada de otras mujeres experimentadas. Con el transcurso del tiempo, este método fue evolucionando conforme la ciencia avanzaba, hasta que surge en el año 98-138 d. C. el médico griego llamado Sorano de Éfeso, quién redacta “Enfermedades de la mujer” en la cual se abordan diversos aspectos relacionados con la anatomía y función de los genitales femeninos, incluyendo información sobre la menstruación y el embarazo. Además, se detalla el proceso de parto y se describen las recomendaciones para el cuidado de la madre y del recién nacido durante ese momento crucial. Su obra se utilizaría como guía durante muchos siglos después, por lo que, debido a esto, se le conoce como el padre de la ginecología.

Durante la Edad Media, el clero tenía el control absoluto de la información médica, ya que las escuelas de medicinas estaban vinculadas a cátedras episcopales y monasterios. Los estudiantes masculinos de estas escuelas fueron educados en un discurso sobre el cuerpo de la mujer y sus enfermedades pronunciado por hombres de la Iglesia hasta el siglo XI, discurso que se basó en la medicina hipocrática. Muchos historiadores coinciden en nombrar este periodo de la historia de la humanidad como “la Edad Oscura” entre otras razones, por su falta de innovación en cuestiones médicas y, en algunos casos, actitudes antifeministas. El discurso medieval mantuvo un

lenguaje y régimen explicativo que creó una representación de la mujer que quedaría destinada por muchos siglos. Además, se tenía miedo inherente a lo femenino, probablemente surgido por la psicología masculina y el desconocimiento. Aquí surgió la famosa caza de brujas, que consistía en perseguir a las mujeres que poseyesen algún conocimiento médico.

Hasta este momento y un tiempo después, los hombres estuvieron excluidos de presenciar y participar en el proceso del parto. La atención obstétrica no era considerada una tarea para los médicos o cirujanos, sino para las parteras, aunque fuesen los hombres quienes escribían tratados sobre obstetricia (no sería hasta el año 1650 que los hombres iniciarían sus prácticas en obstetricia). Sin embargo, cuando el embarazo comenzó a ser visto como una enfermedad, los médicos desplazaron a las parteras, ya que al presentar una enfermedad, requería de la presencia médica. Conforme se iban aportando más descubrimientos como el uso de fórceps o la cesárea, se consolida la especialidad de obstetricia y por consiguiente, la lucha entre equipos intervencionistas y no intervencionistas. Es ya en los años 60 que se habla de violencia obstétrica, cuando surge el movimiento feminista defendiendo los derechos de la mujer durante su atención perinatal y su proceso de parto. Es esencial tener presente que a lo largo de la historia, las mujeres han sido sistemáticamente relegadas a un plano de inferioridad en comparación con los hombres. Como resultado de este predominio de pensamiento filosófico, esta desigualdad se vio reflejada en las leyes y regulaciones de la época. Se tardó mucho tiempo en comenzar a debatir la posibilidad de igualar los derechos de las mujeres ante la ley y aún más en conseguir que estos derechos se aplicasen a la visión de toda la población. Un momento decisivo en la historia del feminismo se produjo en 1789, durante la Revolución Francesa. Las mujeres marcharon a Versalles al grito de “libertad, igualdad y fraternidad”, exigieron por primera vez el derecho al voto para la mujer, petición que se convirtió en realidad en 1791⁽⁵⁾.

Marco legal

Dentro del marco legal y a nivel internacional, la violencia obstétrica se encuentra regulada por tratados globales, leyes nacionales y locales, como por

ejemplo la OMS y la “Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, 1979)”⁽⁶⁾. En España, la violencia obstétrica se encuentra en el BOE (Boletín Oficial del Estado), en la ley 17/2020 de diciembre, con la modificación de la ley 5/2008, redactado como forma de violencia machista en el apartado d) “Violencia obstétrica y vulneración de derechos sexuales y reproductivos: consiste en impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas. Puede afectar a los diferentes ámbitos de la salud física y mental, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y puede impedir o dificultar a las mujeres tomar decisiones sobre sus prácticas y preferencias sexuales, y sobre su reproducción y las condiciones en que se lleva a cabo, de acuerdo con los supuestos incluidos en la legislación sectorial aplicable. Incluye la esterilización forzada, el embarazo forzado, el impedimento de aborto en los aparentes legalmente establecidos y la dificultad para acceder a los métodos anticonceptivos, a los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH, y a los métodos de reproducción asistida, así como las prácticas ginecológicas y obstétricas que no respeten las decisiones, el cuerpo, la salud y los procesos emocionales de la mujer”⁽⁷⁾. A pesar de esto, las denuncias de mala praxis que se producen en el paritorio rara vez llegan a los tribunales.

Dentro de las dificultades reales que se encuentran las mujeres encontramos las siguientes⁽⁸⁾:

- ✚ El mecanismo para realizar las denuncias requiere todavía un mejor protocolo, para asegurar una respuesta eficiente a las denuncias.
- ✚ Las usuarias no son conscientes de sus derechos en relación con la atención del embarazo, parto, post parto, aborto,...
- ✚ Por parte del Estado ni las instituciones, no se da la información a la mujeres de cuáles son sus derechos, qué es indicativo de que hayan sufrido este tipo de violencia ni se facilita los formularios estipulados para llevar a cabo dicha denuncia.
- ✚ Algunas instituciones continúan llevando a cabo ciertas prácticas que antaño se realizaban y hoy en día, se ha demostrado el error de dicho uso.

- ✚ Las mujeres tienen miedo a ser revictimizadas y sufrir las consecuencias sobre su atención de salud debido al haber iniciado un proceso judicial.

Por ejemplo, en el año 2014 el Tribunal Superior de Justicia desestimó la demanda de la mujer por mala praxis, cuando entre otras prácticas, le obligaron a dilatar en posición de litotomía o le realizaron una cesárea sin su consentimiento. La justicia no le dio la razón, pero sí lo hizo la ONU a través del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Cedaw, por sus siglas en inglés), refiriendo que “Aplicaron nociones de género estereotipadas y, por lo tanto, discriminatorias, al asumir, por ejemplo, que es el médico quien decide realizar o no la cesárea sin explorar alternativas, ni explicar las razones a la paciente, ni recabar su consentimiento informado, aun cuando había expresado su oposición a dicho procedimiento” concluyendo que sí existió violencia obstétrica en este caso, debido a “pérdida de dignidad; el abuso y el maltrato sufrido por la mujer; la aplicación irregular de anestesia epidural; la falta de consideración de patologías previas sin el consentimiento informado y/o sin haber justificado la necesidad de dichas intervenciones; y la omisión en recabar el consentimiento informado previo a realizar una cesárea, todo lo cual dejó secuelas físicas y psicológicas”⁽⁹⁾. En el propio artículo se puede leer, por parte de la especialista que atendió a la afectada, que “(la mujer) sufría trastorno por estrés postraumático. No hay duda de que los sucesos vividos en el parto de su hija tienen entidad suficiente como para haberle causado el trastorno que padece. Dada la evolución tortuosa y lenta de su recuperación, dudo con bastante certeza de que alguna vez pueda estar totalmente recuperada”.

Debido al resultado de este caso, no es de extrañar las dificultades que presentan las mujeres para defender sus derechos y que sean escuchadas.

Guías de Prácticas Clínicas y recomendaciones basadas en la evidencia.

A finales del año 2012 se redactó el EAPN (Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud) con el objetivo de informar sobre la atención al parto y nacimiento. Entre los resultados que se obtuvieron tras la publicación y puesta en marcha fue, por ejemplo, el descenso de la

realización de cesáreas. Adicionalmente, encontramos en los anexos ciertos indicadores para las prácticas realizadas durante el parto y las recomendaciones, según bibliografía de la comunidad científica, para la realización de más o menos de las mismas.

Entre ellos destacamos⁽¹⁰⁾:

✚ Protocolos de atención al parto y nacimiento: La adecuada asistencia al parto normal se ve favorecida por la estandarización del proceso de acuerdo a la evidencia científica, así plasmada en los protocolos de cada centro por consenso del equipo profesional.

✚ Partograma cumplimentado: El partograma es la representación gráfica de distintas variables relacionadas con el trabajo de parto. Éste permite ver y valorar la evolución del progreso del trabajo de parto, facilitando tomar decisiones clínicas más rápidamente

✚ Estimulación con oxitocina: Su uso no ha demostrado beneficio en los partos normales. Existe, sin embargo, creciente evidencia respecto a los efectos adversos que produce la estimulación de la dinámica uterina de modo artificial y el subsiguiente bloqueo en la producción endógena de la oxitocina natural y hormonas acompañantes.

✚ Uso de analgesia locoregional (epidural o raquídea): Método de analgesia que consigue el más completo alivio del dolor durante el parto. Sin embargo, las mujeres que utilizan este método tienen mayores riesgos, derivados de la propia técnica: necesidad de monitorización materna y fetal más estrecha, hipotensión,... periodos expulsivos de mayor duración, aumento de partos instrumentales, etc. De todas maneras, la anestesia epidural debe estar disponible para todas las gestantes que lo solicitan.

✚ Desgarros perineales de III y IV grado con episiotomía: Una incidencia excesiva de desgarros perineales severos (GIII y GIV) puede implicar deficiencias en la asistencia al parto. Diversos estudios han llegado a la conclusión de que el uso indiscriminado de la episiotomía aumenta los riesgos y la morbilidad del parto y, más concretamente, aumenta el riesgo de desgarros perineales severos (GIII y GIV).

✚ Realización de la maniobra de Kristeller: Está contraindicada por sus riesgos potenciales. En caso de necesidad de acelerar la salida del bebé, se deben utilizar los procedimientos que indica la GPC.

✚ Tasa de cesáreas: La cesárea es una intervención de cirugía mayor con una tasa de morbilidad materna y fetal sensiblemente mayor que la de un parto normal, así como de secuelas para la madre y el recién nacido. A pesar de ello y de las recomendaciones de la OMS, en España, la tasa de cesáreas se encuentra por encima de lo deseable.

Dentro del EAPN se encuentra la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal, que era lo que necesitaban las mujeres para demandar más autonomía en su proceso de parto. En la misma, encontramos los cuidados durante el parto, las distintas etapas del mismo, los cuidados del recién nacido o el alivio del dolor durante el parto⁽¹¹⁾.

En el Capítulo II de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre básica, regula la autonomía del paciente y de derechos, obligaciones en materia de información y documentación clínica. No obstante, se observa una vulneración de dichos derechos producida durante el proceso del embarazo, parto o postparto, ocasionada por los profesionales sanitarios. Paralelamente, son muchos los profesionales que niegan este tipo de violencia, argumentando que “La tipificación penal condena decisiones médicas” o “La inclusión de todas estas prácticas en el marco de la violencia de género es sencillamente ilógica, desde el momento en el que se considera que la mayoría de los profesionales que ejercemos esta especialidad somos mujeres”⁽¹²⁾. Es entendible este rechazo aparente por parte del SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) puesto que ya la palabra violencia, la entendemos como cualquier acto que causa daño físico, psíquico o emocional. Al presentar dichas connotaciones significativamente fuertes, es lógico que incomode a una gran parte del sector, como las obstetras o matrones. Sin embargo, rechazar la existencia de un problema no hará que este desaparezca. A continuación, se muestra una gráfica de una encuesta realizada a más de 17.500 mujeres en todo el país, en el que se refleja la distribución de los porcentajes que sufrieron violencia

obstétrica de acuerdo a la percepción de las mujeres. Las zonas más oscuras, obtuvieron más respuestas positivas:



Figura 1: Mapa extraído del artículo “Obstetric Violence in Spain (Part I): Women’s Perception and Interterritorial Differences” Web www.mdpi.com ⁽¹³⁾.

A pesar de estos resultados, que ya de por sí son llamativos y requieren de una especial atención para saber qué es lo que está fallando en el sistema, es importante recalcar que la recogida de datos se realizó a través de programas informáticos, por lo que probablemente las respuestas de las mujeres que se encuentren en una situación socioeconómico o cultural bajo no se vean reflejadas en esta estadística, aunque son precisamente este tipo de mujeres las que más riesgos presentan de padecer este tipo de violencia.

Violencia obstétrica durante la pandemia

Si ya la violencia obstétrica estaba en la agenda mundial de salud pública y se estaba comenzando a visibilizar las repercusiones de sufrirlas y crear guías y protocolos; el brote de coronavirus vino para derribar los muros que se estaban construyendo. De repente, la calidad de la atención a la maternidad, los derechos que tenían las mujeres en el parto y los protocolos que debían de seguirse quedaban en un segundo plano debido al brote. Indudablemente fue un virus que desestabilizó los sistemas de salud de todo el mundo, sin embargo, “algunas de las restricciones e intervenciones que se están implementando en el parto debido al brote de COVID-19 no son necesarias, no están basadas en evidencia científica, no respetan la dignidad humana y no son proporcionadas para lograr el objetivo de limitar la propagación del virus. Constituyen, por tanto, violencia obstétrica e incluyen intervenciones innecesarias realizadas sin indicaciones médicas, como cesáreas o partos instrumentales o prohibición de compañía durante el parto”⁽¹⁴⁾. Se encontró además un proyecto fin de máster realizado en las islas Canarias, en el cual el objetivo del estudio era conocer si las mujeres que han dado a luz en Tenerife durante la pandemia de COVID-19 han sufrido violencia obstétrica. En los resultados obtenidos, se demostró que “las mujeres sí han sufrido violencia obstétrica durante la pandemia. En cuanto a las formas en las que ha sufrido este tipo de violencia se identifican las siguientes: uso excesivo de oxitocina para agilizarle la labor al personal sanitario, así como prácticas humillantes, agresiones verbales, la no promoción de la autonomía de las mujeres y la capacidad de tomar decisiones como la de elegir la postura en el parto. También se destaca el uso de procedimientos instrumentalizados no informados ni consentidos y, además, no actuar conforme a los deseos expresos de la madre. En lo que concierne a si las mujeres eran conocedoras, se puede extraer de manera implícita tras la realización de las entrevistas que solo algunas mujeres relataron saber dónde habían sufrido violencia obstétrica, por lo tanto, no todas las mujeres eran conocedoras de que, aunque creyeran que no, sí habían sufrido este tipo de violencia. Esto es debido a que la violencia obstétrica es una violencia que se ejerce de manera invisible y sistemática por parte del personal de salud”⁽¹⁵⁾.

Por fortuna, el Covid-19 será una época que recordaremos todos y que, lentamente, se va quedando atrás. Los protocolos vuelven a emplearse con normalidad en los centros de salud y hospitalarios, aunque en estos continúa siendo obligatoria el uso de la mascarilla. Ello significa que se ha vuelto a insistir en la prevención de la violencia obstétrica y ahora no solo se defiende desde las instituciones o las mujeres que tratan de defender sus derechos, sino que la ayuda procede de los mismos profesionales, como las matronas. En una entrevista realizada por el periódico “El País” la matrona Josefina Goberna Tricas responde tajante a la pregunta sobre las prácticas más frecuentes en España que se consideran violencia obstétrica durante el parto “Debemos hablar no solamente de prácticas sanitarias sino también de relación asistencial. Podemos citar la maniobra de Kristeller, las episiotomías no necesarias,... Pero es sobre todo el trato infantilizante, paternalista e incluso patriarcal, que no reconoce la dignidad y la autonomía de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, lo que nos conduce a esta violencia obstétrica”⁽¹⁶⁾. También encontramos el relato del matron José Antonio Sánchez Gómez publicada en “El periódico de Ceuta” quién describe que no se deben limitar los movimientos de la mujer y se tiene que apoyar los deseos de aquellas que deciden tener un parto natural y rechazan la administración de oxitocina para acelerar el parto o la epidural para reducir el dolor. Cuenta además que existen profesionales que si quedan unas horas de parto, no se solicita la presencia del anestesista para administrar la epidural, en el caso que la mujer lo solicite. Defiende que la comunicación entre el profesional y la mujer son claves y que “Si una mujer viene con el plan de parto, lo vemos y debatimos sobre qué es lo mejor para ella, se siente escuchada. Si se les explica absolutamente todo; los procedimientos, beneficios, riesgos y opciones que tienen, confían en ti como profesional y no van a sentir que seas violento con ellas” ⁽¹⁷⁾.

La violencia obstétrica es un problema bastante complejo y que afecta a las mujeres en una de las etapas más importantes de su vida, además, puede tener consecuencias graves tanto para la salud física como emocional. En este sentido, es importante considerar la importancia de escuchar y respetar las voces de las mujeres en este proceso de atención obstétrica, por lo que se

hace esencial abordar este problema desde una perspectiva ética y sensible a la narrativa de las experiencias de las mujeres.

2. Bioética narrativa

El escritor colombiano Gabriel García Márquez escribió sus memorias en el año 2002, cuya obra se titula “Vivir para contarla”. En la misma, el autor regala al lector los momentos de su niñez y juventud, que serían los cimientos que culminarían, en el futuro, con algunos relatos y novelas más importantes en la literatura de la lengua española del siglo XX. Lo cierto, es que a todos nos gusta vivir contando las cosas que nos han pasado, como bien refiere el periodista y escritor Eduardo Galeano “los científicos nos han dicho que estamos hechos de átomos, pero a mí un pajarito me dijo que estamos hechos de historias”⁽¹⁸⁾.

Dada la propia naturaleza del hombre a ser narrativo, se decide elegir la bioética narrativa para la orientación de este trabajo. Definimos la bioética narrativa según el libro “Bioética narrativa aplicada” publicado por los autores T.D. Moratalla y L. Feito, como “la expresión de una aproximación hermenéutica a la ética aplicada que, más allá de los límites habituales de la bioética clínica, pone el acento en la dimensión narrativa para conectar con otras perspectivas de las humanidades médicas como la filosofía, la psicología, la ética, la literatura, y, quizá sobremanera, el cine centrado en cuestiones bioéticas”⁽¹⁹⁾ es decir, se trata de un enfoque en el que se utiliza la narración para explorar cuestiones éticas en la atención médica y la investigación científica, basándose en que los relatos puedan ayudar a comprender situaciones complejas o ambiguas en problemas éticos. Las decisiones tomadas en respuesta a los conflictos bioéticos se basan en una reflexión que considera tanto la razón como la emoción y reconocen la diversidad presente en una sociedad dónde coexisten múltiples sistemas y opciones. La perspectiva narrativa de la bioética destaca la oportunidad de comprender los problemas bioéticos como historias personales que se desarrollan en un contexto y marco cultural únicos y tiene la capacidad de transformar al individuo.

Utilizando la perspectiva del mismo libro, se expone la propuesta metodológica deliberativo-narrativo que incorpora diez etapas en cuatro niveles⁽²⁰⁾:

- I. Deliberación sobre los hechos
 1. Presentación de un problema (forma narrativa)
 2. Análisis de los hechos
- II. Deliberación sobre valores
 3. Identificar los problemas morales implicados
 4. Identificar el problema fundamental
 5. Identificar los valores en conflicto
- III. Deliberación sobre los deberes
 6. Identificar los cursos extremos de acción
 7. Identificar los cursos intermedios de acción
 8. Identificación del curso óptimo de acción
- IV. Deliberación sobre las responsabilidades finales
 9. Pruebas de seguridad en la decisión
 10. Decisión final

La utilización de esta perspectiva como método resalta la relevancia de los relatos narrativos en todos los aspectos de la toma de decisiones éticas, desde la identificación del problema hasta la consideración de diferentes opciones y la evaluación de la decisión desde múltiples perspectivas narrativas. Esto implica tener en cuenta la comprensión del problema por parte de las otras personas, así como la imaginación de diversas posibilidades. Sin embargo, es importante tener en cuenta que no todos los enfoques narrativistas están de acuerdo con la clasificación de la narrativa como un método para tomar decisiones.

Ética Narrativa

A diferencia del principlismo y la casuística, que son metodologías de la ética aplicada, la ética narrativa se distingue por no ser una ética teórica como el utilitarismo o el racionalismo. No tiene la intención de establecer una teoría de la filosofía moral sobre ninguna metafísica, ontología o epistemología. Sí que comparte similitudes con la casuística y la ética femenina, al aceptar de una forma de relativismo social debido a su interés en las relaciones sociales y las obligaciones individuales. En contraste con la casuística, la bioética narrativa no es una metodología sistemática deductiva basada en principios generales y universales. En resumen, la ética narrativa se basa en un concepto distinto del ser humano: el narrativismo, que se entiende de manera general, a la reflexión filosófica sobre la historia que considera a las narraciones historiográficas su objeto privilegiado de análisis⁽²¹⁾. Esto no es una doctrina sobre la naturaleza humana, sino un concepto de identidad personal como un proceso de construcción por parte del sujeto y por interacción con su ambiente social.

La ética contemporánea ha experimentado un cambio significativo conocido como el “giro hermenéutico”⁽²²⁾, el cual ha tenido un gran impacto en la manera en que se conciben las éticas aplicadas, como la bioética. Desde esta perspectiva, se destaca la importancia del carácter experiencial del pensamiento, así como la dimensión lingüística de la experiencia, lo que conlleva un análisis detallado del lenguaje, las narraciones y las interpretaciones que están presentes en los problemas éticos. Así mismo, esta aproximación rechaza una razón fundamentadora, lo que la lleva a ser considerada en algunas de sus versiones como pragmatista o incluso nihilista. Dentro de este giro hermenéutico, la ética narrativa se centra en los contextos y circunstancias concretas de la vida humana y son las palabras y la reconstrucción narrativa quienes influyen en la interpretación y perspectiva de los problemas éticos. Para resumir las características más importantes de esta aproximación de ética narrativa en la medicina actual, podríamos centrarnos en tres aspectos⁽²³⁾:

- La ética narrativa hace hincapié en la importancia de considerar lo particular y la experiencia individual en la toma de decisiones éticas. Se reconoce la singularidad y el sentido único de la vivencia para las personas implicadas, lo que requiere una evaluación detallada y específica del caso en cuestión. A diferencia de otras perspectivas éticas, la ética narrativa rechaza la aplicación de principios abstractos como un mandato universal que no tiene en cuenta las circunstancias y la realidad de la vida de las personas.
- La ética narrativa busca rescatar aspectos de la moral que han sido marginados o ignorados, como la experiencia personal, el significado individual que se otorga a los sucesos y la responsabilidad y compromiso con los demás seres humanos. Además, plantea una reflexión sobre la educación en actitudes morales, señalando que la enseñanza basada únicamente en contenidos y procedimientos racionales es insuficiente si no se trabaja también la dimensión actitudinal.
- La ética narrativa se enmarca en una serie de enfoques que buscan complementar el modelo ético moderno basado en la razón, la decisión y los principios, con una perspectiva que tome en cuenta las relaciones, el contexto, lo particular y los elementos emocionales que influyen en la toma de decisiones y actitudes. Aunque no es una idea nueva, ya que tiene sus orígenes en la ética aristotélica y las éticas de la virtud en general, su relevancia actual es significativa. Lo innovador de este enfoque es su aplicación en campos como la bioética, con el fin de iluminar la comprensión de los conflictos de valores y considerarlos como expresiones de la biografía humana.

La perspectiva narrativa aboga por un enfoque educativo que se basa en la experiencia individual y situacional, para extraer lecciones que puedan aplicarse a otras situaciones o a otras personas y así, lograr cierto grado de universalidad. Aunque su punto de partida es lo específico y concreto, su objetivo es proporcionar una narrativa válida sobre la naturaleza humana, es decir, se presenta como un medio para conectar lo particular y lo universal.

Medicina Narrativa

Como apunta el médico Daniel Flichtentrei en su conferencia, se podría decir que es “lo que los pacientes ignoran que saben y lo que los médicos no saben que ignoran”⁽²⁴⁾. La medicina narrativa es un enfoque en la medicina que valora las historias y experiencias personales de los pacientes como aspectos integrales de la vivencia de la salud y la enfermedad. Su propósito es atender a las dimensiones psicológicas y relacionales que se manifiestan conjuntamente con la enfermedad física, con la finalidad de abordar las historias únicas de cada paciente. Al hacerlo, la medicina narrativa busca no solo validar la experiencia del paciente, sino también promover la creatividad y auto-reflexión en los médicos. Este enfoque se emplea en la práctica clínica, investigación y educación médica con la intención de fomentar la curación.

Escuchar historias de las enfermedades puede ser un proceso desafiante y emocionalmente difícil para los profesionales de la salud, ya que a menudo no hay respuestas claras a las preguntas narrativas de los pacientes y sus seres queridos y en muchos casos, esto implica ser testigos de pérdidas injustas. A pesar de estas dificultades, es importante que los médicos experimenten y transmitan empatía por las vivencias del paciente y se comprometan con una atención eficaz. La medicina narrativa ha demostrado ser útil en los diferentes procesos de encuentro médico-paciente, permitiendo que los profesionales de la salud comprendan mejor las historias de los pacientes y les brinden una atención más completa y efectiva. A continuación, se muestra una tabla con la utilidad descrita:

A. Proceso diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Permite explorar la forma cómo los pacientes experimentan la salud y enfermedad • Fomentan la empatía y promueven el entendimiento entre el clínico y el paciente • Permite la construcción del significado de la experiencia
B. Proceso terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Fomenta un enfoque holístico • Puede sugerir o precipitar opciones terapéuticas adicionales • Son intrínsecamente terapéuticos o paliativos
C. Educación de pacientes y profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Se basan en las experiencias de la vida real • A menudo son experiencias memorables • Conduce a la reflexión
D. En la investigación	<ul style="list-style-type: none"> • Desafía los conocimientos adquiridos • Establece una agenda centrada en el paciente • Genera nuevas hipótesis

Figura 2: Extraído del artículo “Medicina narrativa” Web www.scielo.org⁽²⁵⁾

El acto médico se basa en una comunicación entre paciente y terapeuta, y requiere también la interacción comunicativa del sistema médico con sus componentes, el lenguaje científico y el asistencial⁽²⁶⁾. La comunicación se trata pues de una narrativa que da significado a los datos y conecta experiencias e información con decisiones y acciones. La narrativa está presente en la enfermedad, como por ejemplo la historia que el paciente crea para involucrar a los demás o la historia que el médico presenta para emitir un diagnóstico. La habilidad de los seres humanos para interpretar el significado y la relevancia de las narrativas es esencial para cosechar ventajas que abarcan desde el desarrollo personal hasta la mejora en la ética profesional y con la medicina narrativa, los profesionales reconocen, interpretan y mejoran el trato con el paciente, creándose ese ambiente de confianza, fortaleciéndose la alianza terapéutica. Se ha demostrado recientemente que la medicina narrativa ha dado una variedad de resultados positivos para los profesionales de ciencias de la salud, incluyendo la mejora de la competencia narrativa, comunicación y empatía; fomentar la reflexión en cuanto a la formación de la identidad profesional y facilitar las competencias de enseñanza. Además, los resultados se muestran prometedores para el abordaje de algunas de las preocupaciones más apremiantes dentro del sector sanitario, como las altas tasas de suicidio, así como la depresión, agotamiento, acortamiento de tiempo de visita del paciente y disminución de la satisfacción laboral.⁽²⁷⁾

Es importante tener en cuenta que la medicina narrativa tiene como objetivo mejorar la relación entre médico y paciente, ilustrar problemas o situaciones y prestar atención a la experiencia del paciente. En cambio, la bioética narrativa considera la narrativa como un medio para construir significado: no solo explica valores, sino que también ayuda a crearlos, fomentarlos, divulgarlos y moldearlos. La bioética narrativa es por tanto, ante todo, un trabajo con narraciones, con perspectivas. Se establece una relación directa con la bioética hermenéutica o interpretativa, ya que los asuntos éticos y bioéticos, que son asuntos humanos, admiten diferentes perspectivas y diferentes interpretaciones. Hay que entender que la hermenéutica es la filosofía de la interpretación, que hace de la pluralidad de perspectivas su ámbito de trabajo⁽²⁸⁾.

Cuidados centrados en la persona

La gran mayoría clasificaría la importancia del paciente como eje central del sistema sanitario. Además, se ha enfatizado que la relación médico-paciente, denominada también relación clínica o asistencial, es el núcleo central de la práctica médica. En otras palabras, todo lo relacionado con la atención sanitaria se enfoca en la persona enferma, quién no debe ser vista como un objeto de estudio, una imagen de escáner o una serie de datos bioquímicos, sino como una biografía que ha sido afectada por la enfermedad. La historia clínica, por tanto, podría ser una excelente muestra de la narrativa de esa biografía, puesto que permite entender a la persona desde otra perspectiva. Todo esto implicaría varias prácticas⁽²⁹⁾:

- Es esencial comprender que no basta simplemente con ver u oír, sino que es fundamental leer e interpretar. El simple acto de ver y oír se enfoca únicamente en las características físicas y los sonidos, mientras que mirar y escuchar implican una interpretación de los significados y sentidos. Estas últimas son cualidades morales, ya que requieren actitudes positivas y disposiciones para hacer algo valioso o bueno para los demás. Recordar que la persona enferma es como un libro abierto con numerosos textos complejos y variados, es decir, deben ser leídos e interpretados.

- El núcleo ético de la bioética reside en la prudencia, que implica discernir lo correcto de lo incorrecto para cada individuo en cada momento. Este es el nivel básico de la ética médica. Paul Ricoeur, filósofo francés, sostuvo que el primer precepto de esta ética es la singularidad de cada persona y su carácter irremplazable, el segundo se refiere a su indivisibilidad y el tercero a la autoestima de cada persona. Por tanto, tratar con prudencia la narración del paciente implica considerar su singularidad, indivisibilidad y autoestima, es decir, un pacto de cuidado entre médico y paciente.
- La bioética se centra en el cuidado y la curación con responsabilidad, lo que implica una actitud prudente hacia la narración del paciente. La investigación y la tecnificación son importantes en la medicina, pero deben estar al servicio de la terapia y el cuidado. El equipo sanitario se responsabiliza de la persona enferma cuando reconocen que ellos mismos también son “narraciones” abiertas a la comprensión de los demás. Al responder a las necesidades del paciente, los profesionales no solo construyen su propia humanidad, sino también su identidad personal.

Ofreciendo al paciente el reconocimiento de su capacidad para comprender su padecimiento, incluyendo el conocimiento histórico y sociocultural que lo rodea, permite una perspectiva única en la comprensión de su experiencia y en la construcción de su narrativa. La narrativa no son simples historia, sino que representan la ubicación temporal y espacial de los eventos que están relacionados con respuestas fisiológicas que pueden conducir a acciones precisas. Al narrar su padecimiento, se establece un diálogo que expresa la experiencia vivida, la historia personal de cómo se llegó a la enfermedad y la experiencia física a través del cuerpo, convirtiéndose en una experiencia que atraviesa un proceso cultural. En el narrar un padecimiento, la persona no solo recurre a herramientas para dar forma y sentido a sus relatos sino que además encuentra recursos que le ofrecen veracidad a su solución y que lo vinculan con un evento o un espacio-tiempo determinado⁽³⁰⁾.

Tras la lectura de lo anteriormente expuesto, la bioética narrativa es una herramienta muy efectiva para abordar el análisis del discurso y experiencias,

en el caso que nos ocupa, de la violencia obstétrica. Al revisar y leer las historias y relatos de las mujeres que han experimentado ese tipo de violencia, el equipo profesional de la salud puede comprender mejor las complejidades de los problemas éticos involucrados y trabajar para mejorar la calidad de atención obstétrica. Al mismo tiempo, este método puede ayudar a las mujeres a sentirse validadas, escuchadas y empoderadas para denunciar este tipo de agresión ejercida sobre ellas y buscar una atención más respetuosa y digna.

3. Narración de Mujeres

La violencia obstétrica existe, es real y puede acarrear graves consecuencias en la salud física y emocional en las mujeres que lo sufren, así como en la del recién nacido. Por eso, es importante visibilizar esta problemática y poner en el centro, la voz de las mujeres que la han sufrido para poder comprender mejor sus experiencias, sensaciones y emociones. A continuación, se presentan las narrativas de varias mujeres que han sufrido violencia obstétrica. Se ha decidido dividir los relatos en 3 tipos: durante el embarazo, parto y postparto. Dichos testimonios provienen de la página web “El parto es Nuestro”⁽³¹⁾:

➤ Durante embarazo:

Caso 1: Mujer que acude al ginecólogo con dudas respecto al momento de ponerse de parto:

“Alrededor de la semana 35, plateé al ginecólogo que me llevaba el embarazo algunas dudas sobre el momento de parto. Hasta ese momento, el tema del parto siempre quedaba “para más adelante” y no conseguía sacarle mucha información sobre su forma de actuar. Con todo lo que me había informado en los meses anteriores, ya tenía claro qué deseaba para mi parto y qué no, y le pregunté por el uso de la oxitocina sintética, libertad de movimientos, monitorización, episiotomía...y en una clase magistral y con mucho aplomo y convencimiento, el ginecólogo fue exponiéndome su forma de trabajar, justificando cada intervención de forma taxativa, pero sin fundamento científico. Como ejemplo indicativo, el uso de oxitocina sintética sí o sí quedaba justificado a su entender, porque las contracciones durante el trabajo de parto se hacían rítmicas”

Tras esta consulta con el ginecólogo, la mujer decidió cambiar de profesional a pesar de las recomendaciones de su alrededor. Se sintió libre de tomar esa decisión y en la actualidad no se arrepiente y anima a otras mujeres a hacer lo mismo. Que no tengan miedo.

Caso 2: Ana acude a una consulta rutinaria con su ginecólogo:

“El lunes, tenía cita con el ginecólogo y ecografía, para ver qué tal iba todo tras el reposo. Tras 2 horas de espera me hicieron la ficha y me pasan a la ecografía. Yo no veía el monitor pero sí al ginecólogo y enfermera que estaban haciéndomela. Comentan: “Esto se ha estancado, no va, no va” Pero a mí ni me miraban, no me decían nada. Pregunté qué pasaba y sin mirarme, me dicen: “Nada, que no continúa, vístase”. Se me llenaron los ojos de lágrimas, lo había perdido. Mi pareja y yo nos sentamos y el ginecólogo decía cosas como que esto es muy frecuente, que no nos preocupásemos, que no me afectaría para embarazos posteriores, etc. Yo sin parar de llorar, no me enteré de mucho más. Era un aborto diferido, así que me mandó a urgencias a ingresarme. Así de frío, así de frecuente y habitual. Mero trámite. Y yo sin parar de llorar. ¿Qué coño es un aborto diferido? Yo ni me había imaginado esto.

Tras quedar ingresada, le realizaron un legrado. Estuvo de baja bastante tiempo a consecuencia del trato y la pérdida sufrida. Esto casi provoca una separación en la pareja. Un año después de todo, decidieron volver a intentarlo.

Caso 3: Mujer que acude a una consulta con su ginecóloga. Conversación:

(G) Bueno, ya sabes que si no te pones de parto tendremos que inducirlo..

(P) (Pero qué poca confianza en nuestros cuerpos, madre...) Bueno, pero esperamos, no? Hasta la semana 42 está bien esperar...

(G) No, aquí lo máximo que damos es 41+3.

(P)Ya, pero yo igual prefiero esperar.

(G) Bueno, ya lo vamos viendo, cariño, si yo entiendo que tú prefieres que sea sin inducir, pero es que si esperamos más, ya sabes, luego hay problemas, muchos disgustos, hay niños que nacen muertos. Ten en cuenta, que siempre es mejor que tu parto sea un martes que está toda la maquinaria hospitalaria a tope, que un domingo que sólo están los de guardia...

Al final, la paciente hizo caso de la ginecóloga.

Caso 4: María sufrió un aborto.

“Mientras salía se las ingeniaron para poner un trapo para tapar lo que quiera que pudiera salir de allí. “¿Está muy mal?” Nadie me respondía. “Quiero verla”. La limpiaron y la vi... Qué linda. Qué belleza, qué ser tan perfecto. Que paz tenía en su carita. Le toqué la mano, la tripa y la pierna. Y se la llevaron como si quemara. No me preguntaron si quería cogerla, hacerle una foto, estar un rato a solas con ella... Me la quitaron. Es de lo que más me arrepiento, de no haberla cogido, haberle dado un beso, haberle dicho adiós, haberle hecho una foto... No tengo nada de ella. “Pesa 490 gramos, por lo que así os ahorráis todo el papeleo. Si hubiera pesado 500 gramos habría que hacer otras cosas”. Qué casualidad... por 10 gramos. “Y qué van a hacer ahora con ella?” “Pues se envía anatomía patológica, para analizarla” “Y después” “Después qué?” Me miraba como si le estuviera pidiendo dinero. A ver, hija mía, después qué hacéis, ¿me la dais? ¿Tengo que recogerla? ¿Cuánto tardáis en analizarla?... “No, después la incineran...”. Lo decía como si una vez que los fetos salen de allí ya no hay nada que hacer, ya olvídate de ella, su destino es inevitable, a la basura con tus ilusiones, literalmente. Genial. Hasta aquí mi relación con mi hija.

Tras esto, tardó un tiempo en cerrar el ciclo de la pérdida. Considera que no deberían ocultarle a las mujeres y familias que estas cosas pasan y que lo peor es que puede pasar otra vez. Recalca que la frase “ya tendrás más” no es oportuna.

➤ Durante el Parto:

Caso 1: Mujer se encuentra en paritorio y entran 3 ginecólogas en el mismo:

Necesitan hacerme saber que están ahí, sacarme de mi burbuja. Hablando alto, sin cuidado, como en la cola del supermercado. Caras arrugadas, esto va muy despacio... (habían informado que el expulsivo sería en quirófano con los ginecólogos y viernes a mediodía...) “todavía no está rota la bolsa?” dice delante de mí... “hay que romper la bolsa”. Esta frase iba a caer en cualquier momento, y yo, en vez de sentir miedo, siento agradecimiento a mi matrona por haberme dejado disfrutar de mi bolsa intacta todo el rato que ha sido posible. Y sin embargo, es así de triste. Que estando todo bien, que estando la monitorización bien, el corazón de mi niño bien, yo bien, todo bien... hay un límite de tiempo. No puedes estar aquí todo el día, no tienes el tiempo que necesites para parir. No sólo te provocamos el parto antes de tiempo, sino que además marcamos el ritmo y metemos prisas. Algún día esto pasará a la historia dentro del libro de “prácticas obstétricas obsoletas e irrespetuosas” y dejará de hacerse por protocolo en todos los hospitales. Algún día entenderemos que el cuerpo de la mujer es sagrado y tiene sus propios ritmos. Que el bebé que nace es sagrado y merece nuestro respeto en el momento más importante de su vida. Que sólo se debería intervenir en un parto si algo va mal, y este no era nuestro caso. Esto me pone triste, pero no me vengo abajo. Sé a lo que venía. Sabía que esto iba a pasar, en este lugar no iba a poner yo las reglas.

Cuando la llevaron al quirófano y le dicen que empuje para sacar la placenta, una ginecóloga se apoya en su abdomen y empuja a la vez que la mujer. Según sus palabras “Al final un buen pack, Kristeller incluida. Y sin embargo, no me molesta. En realidad es que no siento nada. Estoy agotada de empujar sin respirar”.

Caso 2: Vicky se encuentra en paritorio, el parto está bastante avanzado:

“Lo peor que recuerdo de esos momentos, el trato de los profesionales, se rieron de mi por querer tener a toda costa un parto natural, no me hacían caso cuando por ejemplo les decía que no me rompieran la bolsa o que no me hicieran episiotomía, "aquí se hace lo que yo diga", no pedían perdón cuando se les calló tres veces al suelo la prueba esta del oxígeno, están que les hacen heridas en la cabeza al niño, tres veces me la hicieron. Que desagradable esta prueba, que desagradable el médico. Que humillación. ¿Qué pasa? les preguntaba: nada, nada. No soy idiota, os pregunto y quiero respuestas reales y sinceras. ¿Está mal mi bebé? ¿por qué no pasa por el canal? “Nada, no pasa nada”. Puedo llegar a entender cómo se siente una mujer violada. Entré llorando al quirófano”

➤ Post-Parto

Caso 1: M^a José tuvo un parto en el cual no pudo ver a su hijo porque se lo llevaron rápidamente. No recibió ninguna información en paritorio y la trasladan a la planta:

“Pero a las dos horas llamó el pediatra a mi pareja, él se acababa de ir a por ropa para cambiarse a casa, yo estaba aturdida, ¿por qué no podían hablar conmigo? La familia fue a neonatos, menos mi cuñada, y yo ya no podía ni hablar, llamé por el timbre a las enfermeras y pedí que me informaran a mí de lo que pasaba, pero me trataron como a una demente y me dijeron que yo descansara que era lo que necesitaba. ¡NO! Yo necesitaba saber de mi hijo, no quería descansar. Llamé a mi pareja por teléfono para ver si él sabía algo, me dijo que ya estaba llegando al hospital, estaba muy nervioso. Pasó un rato, no sé cuánto y al fin llegaron todos, mi pareja se sentó en mi cama, me dio la mano y me dijo que David había empeorado, pero que estaba en muy buenas manos. Me pareció ridículo, yo quería la verdad, no una explicación como si tuviera dos años, así que dije ¿Pero qué le pasa? Por fin mi pareja tuvo un poco de lucidez, echó a todos de la habitación y me explicó que el niño había convulsionado debido al sufrimiento fetal y lo habían trasladado a la UCI neonatal”

Finalmente, el hijo de M^a José no tuvo ningún tipo de secuelas.

Caso 2: Mujer que acaba de parir:

“Me lo ponen un momento encima pregunto si no le puedo dar el pecho dicen: no mañana. Casi no acaban de coserme, justo se va el efecto de la epidural en ese momento. Pregunto a la chica que está conmigo en el puerperio inmediato, porque no me dejan dar el pecho si supuestamente se hace eso en el paritorio, me dijo que “porque lo sacaron con ventosas”. Nació a la 1:41 hasta después de las 18:00 no me dejaron ir a nidos a ponerlo al pecho, entre tanto le habían dado bastantes biberones, no quería saber nada del pecho, de hecho fracasé en eso. Solo pude dar pecho 1 mes, porque le gustaba más el biberón que le dieron desde que nació”.

Caso 3: A Lucy le inducen el parto y tras el expulsivo, le retiran a su bebé Santo por estar muy azul. Ya en la planta de maternidad, ella y su pareja van a verlo:

“Nos dice (médico) que el bebé está muy mal y que seguramente se muera, que le están haciendo varias cosas. No me es posible recordar las palabras exactas, pues parte era muy técnico. Nos pide que firmemos una autorización para administrarle un medicamento muy fuerte. Lo hacemos sin rechistar. Pedimos ver al bebé, pues aún no lo habíamos visto. Nos dice que ya nos dejará pasar a verlo cuando hayan hecho más pruebas y que ahora mismo están demasiado ocupados para que pasemos. No nos deja ver al bebé. Nos avisará. Cuando llegué a la habitación, la enfermera que me atendió nos para y me dice textualmente “ ... mi niña, no te me vayas a trabar que eres muy joven y puedes tener más ... ”. No le contesto. Cuando salimos de la UCI está el médico esperando y entre todo lo que dice recuerdo que menciona la importancia de una autopsia para ver qué problema cardíaco tiene. Nosotros apenas tenemos fuerzas para argumentar, pero mi marido le dice que no hay ningún problema cardíaco. El médico contesta señalándome “esta mujer es diabética gestacional, todos sus hijos tendrán un problema”. Mis familiares recuerdan esto especialmente y se preguntan cómo pudo haber sido tan cruel en un momento como ese.

Pasadas unas horas, avisan a los padres que el bebé ha muerto. Ellos acuden a la UCI para poder verlo por última vez:

“Hago una pregunta a la chica y se acerca el médico diciéndome: “señora, le he dicho que está muerto, ¿no lo entiende?”. Sin comentarios. La chica me coloca el bebé en mis brazos. Los médicos y demás personal están charlando y riéndose detrás de nosotros así que la chica pide que bajen las voces y le dice a una compañera que nos coloque un biombo.

Tras la despedida, acude una médico que informa que la cambiarán de habitación, les pregunta si tienen alguna duda:

“¿por qué no me hicieron la cesárea?”. De todo lo que me dice, hay una barbaridad: “porque tienes diabetes y eso complica mucho más una intervención quirúrgica”. Entonces, ahora me pregunto por qué me dejaron seguir con el embarazo. ¿Acaso una diabetes gestacional implica que solo puede haber parto natural? ... Si hace falta una cesárea, ¿o bien te dejan morir o bien dejan morir al bebé? Obviamente no se trata de eso.

Ya en la planta, es vista por una ginecóloga:

Me dice entre otras cosas, lo siguiente: “ ... lo puedes volver a intentar y esta vez SI te vamos a controlar ... ”, “... dale gracias a que no fue una cesárea, ... dentro de tres meses puedes intentarlo de nuevo ... ”, “... ya verás cómo después vas a tener un montón de chiquillos y me vas a implorar una ligadura de trompa ... ” ¿acaso creen que volveré a ese hospital para que me controlen un segundo embarazo y acaso creen que podré soportar entrar en ese paritorio para un segundo parto?

En la actualidad, Lucy se pregunta “ahora mirando ese momento (despedida de Santo) me pregunto ¿por qué no nos dejaron a nuestro hijo para pasar un rato con él? Sé que estaba muerto en ese momento, pero su cuerpo era perfecto, cualquiera pensaría que estaba simplemente durmiendo. ¿Por qué no me dejaron tenerlo toda la tarde para besarlo con calma, decirle cositas al oído, tranquilizarlo? Ya no había prisas, ¿por qué?”

Discusión

Tras la exposición de numerosos casos, se procederá a realizar el análisis ético de las principales cuestiones que emergen en las historias de las mujeres. Se analizarán de la misma forma en la que se dividieron los relatos:

➤ Durante el embarazo

En el primer relato, se evidencia una falta de autonomía por parte de la mujer respecto a las decisiones que afectan a su propio cuerpo y proceso de parto. Además, el profesional no es capaz de responder las inquietudes de la paciente y tampoco le ofrece la información necesaria para que sea la propia mujer quién decida qué hacer con la orientación proporcionada. Es importante que el personal de salud respete el derecho a la autonomía y la toma de decisiones de la paciente. Así mismo, los pacientes tienen derecho a recibir información clara, veraz, legal, honesta y precisa sobre los procedimientos médicos que se le podrán o podrían aplicar durante su proceso de parto, con su consiguiente consentimiento informado antes de cualquier intervención. También es necesario que las prácticas realizadas por el personal clínico estén basadas en la evidencia científica y que no sean simples prácticas rutinarias o habituales. Si desde el principio se intenta crear un vínculo de confianza, empatía, respeto y comprensión entre el profesional y la mujer, se formará una correcta relación terapéutica, en dónde la mujer se sentirá segura al presentar dudas, sugerencias o solicitudes y el profesional será capaz de solventar las dudas presentadas e indicará los posibles caminos a seguir, para que sea ella misma quién decida lo que hacer en cada momento.

Desde el punto de vista ético, se detecta en el segundo relato una considerable falta de empatía y sensibilidad por parte del personal sanitario. La mujer es tratada de forma deshumanizada, sin recibir explicaciones claras sobre su estado de salud o del feto y sin ningún apoyo emocional para ese momento, que no es otro que el haber perdido una vida que se estaba gestando en su vientre. Del mismo modo, el ginecólogo utiliza un lenguaje muy frío y técnico, sin tener en cuenta la comprensión que pueda tener la mujer de lo que le dicen y además, sin valorar el impacto emocional que puede tener sobre la misma. Es fundamental que, aunque la enfermedad o la muerte sean

algo común en un hospital y que el personal sanitario esté habituado a tratar con ellas, no implica que el resto de ciudadanos también lo esté. Se tiene que ser empáticos y sensibles ante situaciones difíciles que puedan atravesar sus pacientes y actuar en consecuencia. La información tiene que ser clara, comprensible y adaptada al nivel del conocimiento de la paciente, de la misma forma que saber detectar cuándo la persona precisa información y cuando concederle un momento para que pueda procesar dicha información. Igualmente, los sanitarios deben ser un apoyo para los usuarios, proporcionando compañía y ayuda tanto emocional como psicológica para hacer frente a situaciones traumáticas como pueden ser en este caso, un aborto.

En la conversación del relato tres se observan diversas cuestiones éticas importantes. En primer lugar, la ginecóloga utiliza un lenguaje condescendiente y paternalista al referirse a la paciente como “cariño”, insinuando que ella sabe mejor que la paciente qué es lo mejor para su parto. Por otro lado, la ginecóloga emplea una comunicación basada en el miedo para justificar la necesidad de realizar la inducción al parto, señalando posibles escenarios como problemas con el personal o bebés que nacen muertos si se espera más allá de la fecha indicada. Al igual que en el primer relato, el personal médico-sanitario tiene que respetar la autonomía de sus pacientes y proporcionar de forma clara y precisa para que sean ellos mismos los que tomen la decisión. De igual modo, tratar de tener una relación paternalista entre el profesional y la mujer puede dar lugar a distintos problemas éticos, como la falta de confianza en el sistema sanitario por parte de la mujer, ausencia de individualización por parte del especialista tratando de esta manera a todas las pacientes por igual sin tener en cuenta sus necesidades o preferencias individuales, falta de transparencia o abuso de poder. Así mismo, el personal de atención sanitaria no puede emplear el miedo para justificar intervenciones médicas. Este tipo de lenguaje puede generar ansiedad o estrés en la mujer, pudiendo desencadenar una desconfianza en el proceso de atención, en lugar de proporcionar información precisa y detallada sobre los riesgos y beneficios de la inducción al parto.

El último relato de este apartado es bastante emotivo y doloroso por parte de la mujer que lo sufrió. Se identifica desde el punto de vista ético varias cuestiones problemáticas en esta historia. Como comienzo, se observa que la mujer no recibió la atención y el respeto que se merecía como paciente y, ante todo, como madre. No se le pregunta si quiere quedarse con el bebé un momento a solas para que ella pueda procesar lo sucedido, sino que se lo arrebatan de una manera protocolaria y sin ningún atisbo de sensibilidad. Además, la forma de referirse al bebé como un objeto para ser analizado y posteriormente incinerado es deshumanizante, cayendo nuevamente en la normativa establecida del hospital sin pararse ni tener en cuenta el dolor y duelo de la madre. Igualmente, el hecho que por escasos gramos determine qué sucede con el cuerpo del bebé parece ser una práctica injusta y poco empática, en la cual se muestra que la mujer no ha tenido ningún tipo de control sobre el destino de su bebé después de la pérdida. Es comprensible que todos los hospitales presenten un protocolo ante todo tipo de situaciones, sin embargo, las mujeres tienen derecho a ser tratadas con respeto y tener control sobre sus propios cuerpos y experiencias, incluso en situaciones difíciles como la pérdida de un bebé. Seguir la normativa y actuar de manera empática no son incompatibles.

➤ Durante el parto

En este primer relato se observa la imposición, por parte de los profesionales sanitarios, de ritmos y tiempos para el proceso de parto, provocando una falta de respeto a los procesos naturales del mismo. La mujer, al mismo tiempo, se siente frustrada e incomprendida al percatarse que su parto se tenga que ajustar al protocolo hospitalario y el horario preestablecido. Se detecta además cómo existe una falta de comunicación por parte del personal hacia la mujer que está de parto, reflejando que existe una falta de comunicación y empatía. Finalmente, se le realiza en el quirófano la maniobra de Kristeller, técnica actualmente obsoleta. Desde el punto de vista ético, se viola el derecho de la mujer a poder decidir sobre su propio parto, el cual según se describe, progresaba de forma lenta, pero segura, sin suponer ningún riesgo para el bebé o la madre. También se ve sometida a la práctica de una maniobra sin su consentimiento, que en la actualidad se considera peligrosa

pues se asocia a una mayor incidencia de complicaciones en el parto, como desgarros uterinos o hemorragias. La mujer le corresponde el derecho de tener una atención médica respetuosa y digna, que reciba información detallada de su situación actual para que pueda ser capaz de tomar las decisiones que ella desee y que se respeten dichos deseos, manteniendo su integridad física y emocional.

El segundo relato destaca por la falta de respeto hacia la mujer, sus deseos y la inexistencia de comunicación y transparencia por parte del personal de atención sanitaria. Es importante resaltar cómo la mujer describe sentirse humillada y violada durante su experiencia en el parto, producido por el personal que en ese momento se encontraba. Por otro lado, le realizan al bebé una prueba sin la autorización de la mujer. Hay que destacar, al igual que en el relato anterior, la importancia de respetar uno de los principios básicos de la bioética que es el derecho a la autonomía y a su capacidad para poder tomar decisiones si se tiene la información adecuada, la cual la tiene que proporcionar el propio personal que está atendiéndola en ese momento. El personal de la asistencia sanitaria debe escuchar y tener en cuenta los deseos y necesidades de las mujeres durante el parto y trabajar en colaboración con ellas para tomar decisiones adecuadas. Por ejemplo, la prueba del oxígeno que le hicieron al bebé, si bien es necesaria para saber si está sufriendo escasez de oxígeno y por tanto, sufrimiento fetal, se debería haber explicado el procedimiento a la madre y aclararle de forma que ella lo pudiese entender el motivo de dicha prueba y la finalidad de la misma. Igualmente, el quipo que trabaja en el paritorio debe comunicarse con las mujeres para evitar que se sientan humilladas o violadas. Se tiene que trabajar para asegurarse que todas las pacientes sean tratadas con respeto, dignidad y empatía.

➤ Durante el post-parto

En este primer relato se detecta una falta de información y comunicación adecuada, tanto entre el personal sanitario que se encuentra en el paritorio como el de la planta dónde la mujer es trasladada tras dar a luz. Además, cuando la mujer deseaba obtener información de la situación de su hijo, el personal de la planta minimizaban su preocupación, dándole más importancia al descanso tras el proceso de parto. Por otro lado, el bebé es atendido en la

UCI y, aunque se proporciona información a uno de los progenitores, la mujer continúa sin saber realmente qué es lo que le pasa a su hijo. Esta situación en la que no se le informa a la mujer de lo que sucede es una violación a la autonomía de la mujer, pudiendo aumentar su angustia, ansiedad y confianza hacia el personal que la está tratando. Del mismo modo, la mujer tiene derecho a recibir información sobre la condición de su hijo y participar en la toma de decisiones médicas. El personal médico tiene la responsabilidad ética de proporcionar información actualizada y adecuada a sus pacientes siempre que estos lo deseen y tienen que respetar su autonomía y dignidad, para así poder tratar de forma correcta y consensuada. Si la mujer no recibe información, desconocerá lo que sucede a su alrededor y desconfiará de todo el personal, provocando una mala relación terapéutica.

Se aprecia nuevamente falta de información y consentimiento informado en el segundo relato, ya que la mujer no entiende realmente el motivo por el cual no puede darle el pecho a su hijo y, a consecuencia de pasar muchas horas y darle biberones al bebé, la lactancia materna no progresó. Es necesario que el personal sanitario proporcione información adecuada y se comunique con la mujer, ya que si las intenciones de ella eran darle el pecho, aunque según el protocolo no pudiese amamantar a su hijo tras el parto, se podrían haber consensuado otras opciones disponibles para ella. A consecuencia del uso de biberones, la mujer tuvo dificultades para amamantar a su hijo, probablemente la mujer no recibió el apoyo y orientación adecuadas para establecer la lactancia materna durante ese tiempo. Este fracaso en la lactancia materna de la mujer pudo haber tenido consecuencias tanto para ella como para el bebé, incluyendo la privación de los beneficios de la lactancia materna y la pérdida de la oportunidad de un vínculo temprano entre la madre y el bebé.

El tercer relato presenta diversas cuestiones éticas importante. Uno de los aspectos más preocupantes es la falta de información clara y precisa proporcionada por el equipo médico. La mujer y su marido son informados de la gravedad del estado de salud de su hijo y el mal pronóstico que presentaba a corto plazo y no se les permitió verlo ni se les dio información detallada sobre su estado, empleando tecnicismos que ninguno de los progenitores entendían.

Además, se les pidió que firmaran una autorización para administrar un medicamento sin una adecuada descripción, planteando una preocupante escenario sobre el acceso a la información y capacidad para tomar decisiones adecuadas. La comunicación efectiva y compasiva es esencial en este tipo de situaciones y la falta de las mismas en este caso pudo haber aumentado la angustia y confusión de la madre y su pareja. Por otro lado, el comportamiento de algunos profesionales médicos hicieron faltar el respeto a la dignidad y bienestar de la mujer. El médico fue extremadamente insensible al señalar la diabetes gestacional de la mujer como causa probable de la muerte del bebé y tratar de hacerle al bebé una autopsia sin tener en cuenta que en ese preciso instante, la mujer y su marido se estaban enterando de la muerte de su hijo. El personal de la UCI se reía y charlaba detrás de la pareja mientras sostenían a su hijo recién fallecido, lo que resulta profundamente ofensivo e inapropiado. Es importante destacar que a la mujer se le negó el tiempo suficiente para poder despedirse adecuadamente, lo que podría haber ayudado a procesar mejor su dolor. Otro tema ético importante que surge en el relato es el de la justicia y responsabilidad. La mujer se pregunta el motivo por el que se le permitió seguir con el embarazo si su diabetes gestacional la hacía más propensa a sufrir complicaciones, pero luego se le negó la cesárea que pudo haber salvado a su hijo. Esto plantea la responsabilidad del profesional médico en la toma de decisiones que optimicen el bienestar de la paciente. El personal sanitario no deben olvidar que deben tratar con respeto y dignidad, de la misma forma que dirigirse a sus pacientes con una comunicación efectiva, empática y compasiva, para así, poder abordar estos problemas de manera ética y brindar una atención integral y sensible para las pacientes y sus familias.

Conclusión

Tras el análisis de los relatos de mujeres que han sufrido violencia obstétrica, podemos sacar la siguientes conclusiones:

- El empleo de la bioética narrativa para leer y analizar los relatos de las mujeres permite visibilizar y denunciar la violencia obstétrica como una forma de violencia de género que afecta a muchas mujeres en todo el país y en todo el mundo.
- Realizar el análisis ético de las narraciones de las mujeres, permite poner en el centro de la discusión la experiencia de las mujeres y su derecho a recibir atención médica digna, respetuosa y libre.
- Al exponer los distintos relatos y tras su análisis ético, se detectan patrones y prácticas médicas que continúan perpetuando la violencia obstétrica.
- Con la exposición de estos relatos, puede contribuir a la formación de profesionales pueden aprender a identificar y prevenir las prácticas que pueden resultar violentas para las mujeres, permitiendo brindar de una atención sanitaria más respetuosa y empática.
- Del mismo modo, conociendo estas experiencias, se deben desarrollar modificaciones en los procesos de actuación para asegurar una actuación sanitaria digna y libre, promoviendo el respeto y la protección de las mujeres en todo momento.

Bibliografía

1. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. “La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España”. Gac Sanit. 2021;35(3):211–2. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000300001
2. Contenidos D, Contenidos DN. “Qué es la violencia obstétrica: definición, datos en España y qué dice la OMS” [Internet]. Diario de Navarra. 2021. Disponible en:
<https://www.diariodenavarra.es/noticias/vivir/2021/06/28/violencia-obstetrica-definicion-datos-espana-dice-oms-491493-3190.html#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20OMS%2C%20la%20violencia,m%C3%A9dicos%20coercitivos%20o%20no%20consentidos>
3. Martínez Danti C. “Violencia obstétrica: qué es y ejemplos” [Internet]. Www.mundodeportivo.com/uncomo. 2022. Disponible en:
<https://www.mundodeportivo.com/uncomo/salud/articulo/violencia-obstetrica-que-es-y-ejemplos-52004.html>
4. Manuel Sedano L, Cecilia Sedano M, Rodrigo Sedano M. “Reseña histórica e hitos de la obstetricia”. [Internet] Rev médica Clín Las Condes. 2014;25(6):866–73. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-resena-historica-e-hitos-obstetricia-S0716864014706327>
5. Pérez Morales E.J. “Violencia Obstétrica: una condensación histórica de violencias y violaciones a los derechos humanos” [Internet] Org.mx. 2021. Disponible en:
http://historico.cedhj.org.mx/revista%20DF%20Debate/articulos/revista_No16/ADEBATE-16-art6.pdf

6. Ramírez Saucedo M.D., Hernández Mier C., Ceballos García G.Y. “La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres”. [Internet]. Revista CONAMED 2021;26(3): 149-155. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8088967>
7. BOE-A-2021-464 Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista [Internet]. Boe.es. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-464
8. Galimberti D., Mazzoli P. “Violencia Obstétrica” Fasgo.org. [Internet] 2015. Disponible en: http://fasgo.org.ar/images/Violencia_obstetrica.pdf
9. Un comité de la ONU denuncia “violencia obstétrica” contra una madre de Sevilla a quien la justicia española no le dio la razón [Internet]. niusdiario. 2023. Disponible en: https://www.niusdiario.es/espana/andalucia/20230310/onu-responsabiliza-espana-caso-violencia-obstetrica-durante-parto-sevilla_18_08963746.html
10. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud.[Internet] Gob.es. 2008. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
11. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal [Internet]. Sanidad.Gob.es. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracticaClinicaParto.pdf>

12. Violencia obstétrica [Internet]. Redacción Médica.2021. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/violencia-obstetrica-la-tipificacion-penal-condena-decisiones-medicas--7375>
13. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. “Obstetric violence in Spain (part I): Women’s perception and interterritorial differences”. [Internet]. Int J Environ Res Public Health 2020;17(21):7726. Disponible en: https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/7726/htm?fbclid=IwAR3PF3hcTK6bfyutpCGI_aZuf7ogdDHYWX-8B-XRFCZcP4o2n3ckE7jRO1c
14. Sadler M, Leiva G, Olza I. “COVID-19 as a risk factor for obstetric violence”. [Internet] Sex Reprod Health Matters. 2020;28(1):1785379. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1785379>
15. Almenara Teixidó B. “Violencia obstétrica en tiempo de pandemia: consecuencias del Covid19 en las madres”. [Internet] Ull.es. 2021. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/27751/Violencia%20obstetrica%20en%20tiempo%20de%20pandemia%20consecuencias%20del%20COVID-19%20en%20las%20madres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Fernández Castro O. “Josefina Governa, matrona : “El trato infantil y paternalista hacia la mujer durante el embarazo, parto y posparto conduce a la violencia obstétrica” [Internet]. Ediciones EL PAÍS S.L. 2023. Disponible en: <https://elpais.com/mamas-papas/expertos/2023-02-09/josefina-goberna-matrona-el-trato-infantil-y->

[paternalista-hacia-la-mujer-durante-el-embarazo-parto-y-posparto-conduce-a-la-violencia-obstetrica.html](http://www.elforodeceuta.es/emilio-bastida-la-violencia-obstetrica-no-solo-se-dirige-hacia-las-mujeres-tambien-a-profesionales-que-intentan-visualizar-este-problema/)

17. Sánchez Gómez J.A. “Emilio Bastida: «La violencia obstétrica no solo se dirige hacia las mujeres, también a profesionales que intentan visibilizar este problema»” [Internet]. Elforodeceuta.es. 2021. Disponible en: <https://www.elforodeceuta.es/emilio-bastida-la-violencia-obstetrica-no-solo-se-dirige-hacia-las-mujeres-tambien-a-profesionales-que-intentan-visualizar-este-problema/>

18. Galeano: “Cada historia es una baldosita en el mosaico del tiempo” [Internet]. Nocierrreslosojos.com. Disponible en: <http://www.nocierrreslosojos.com/galeano-cada-historia-es-una-baldosita-en-el-mosaico-del-tiempo/>

19. Feito Grande L., Domingo Moratalla T. “Bioética narrativa aplicada”.[Internet] Guillermoescolareditor.com. 2020. Disponible en: https://www.guillermoescolareditor.com/libro/bioetica-narrativa-aplicada_115591/

20. Domingo Moratalla T., Feito Grand L. “La Bioética Narrativa como metodología de la ética aplicada” [Internet] Dilemata.net. 2014 nº 16, 209-217. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/336/352>

21. Belvedresi R.E. “Historia y retórica : las filosofías narrativistas de la historia” [Internet] Académica M.2008. Disponible en: <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/programas/pp.494/pp.494.pdf>

22. Feito Grand L. “Bioética Narrativa” [Internet] core.ac.uk.2013. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/217562506.pdf>

23. Domingo Moratalla, T. y Feito Grande, Lydia "Bioética Narrativa" [Internet] Fpablovi.org. 2019. Disponible en:
<https://www.fpablovi.org/articulos-bioetica/750-bioetica-narrativa>
24. ¿Qué es la Medicina Narrativa? Córdoba [Internet]. Intramed.net.2017. Disponible en:
<https://www.intramed.net/evento.asp?contenidoid=91333>
25. Urday-Fernández D, Cuba-Fuentes M.S. "Medicina narrativa".[Internet] An Fac Med (Lima Peru : 1990). 2019;80(1):109–13. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000100020
26. Kottow M. "¿Bioética narrativa o narrativa bioética?" [Internet] Rev Latinoam Bioet. 2016;16(31–2):58. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v16n2/v16n2a04.pdf>
27. Remein CD, Childs E, Pasco JC, Trinquart L, Flynn DB, Wingerter SL, et al. "Content and outcomes of narrative medicine programmes: a systematic review of the literature through 2019"[Internet]. BMJ Open. 2020;10(1):e031568. Disponible en:
<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/1/e031568.full.pdf>
28. Domingo Moratalla, T. "Bioética narrativa: una cuestión de perspectiva" [Internet]Fundacionmindanmanero.org.2013. Disponible en:
<http://fundacionmindanmanero.org/wp-content/uploads/2018/07/Boleti%CC%81n-XIII-Manuel-Mindan-2018-LOW-compressed.pdf#page=105>
29. Quintana T. "Bioética narrativa" [Internet]. BioéticadesdeAsturias. 2017 Disponible en:
<https://www.bioeticadesdeasturias.com/bioetica-narrativa/>

30. Rivero Montes T. “El paciente y la narración del padecer: la experiencia de la atención” [Internet]. Rev CONAMED. 2016;21(2):94–8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7302024>

31. El Parto es Nuestro. Elpartoesnuestro.es [Internet]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/>