

# TRABAJO DE FIN DE GRADO

Investigación sobre la violencia obstétrica  
como forma de violencia hacia las mujeres, y  
actuación desde el Trabajo Social

Autora: Nira M<sup>a</sup>. Rodríguez Muñoz

Tutora: Laura Aguilera Ávila

Curso académico 2017 – 2018  
Convocatoria Extraordinaria de Marzo

Grado en Trabajo Social

## Índice

<b>Introducción .....</b>	<b>5</b>
<b>1. Género y Salud.....</b>	<b>6</b>
<b>2. Violencia contra las mujeres.....</b>	<b>11</b>
2.1. <i>Formas de violencia contra las mujeres.....</i>	<i>13</i>
<b>3. Violencia obstétrica. Tipos y consecuencias.....</b>	<b>17</b>
3.1. <i>La Violencia Obstétrica en el sistema sanitario español. ....</i>	<i>19</i>
3.2. <i>Las mujeres como protagonistas de su sexualidad y partos. ....</i>	<i>21</i>
3.3. <i>Realidad y percepción feminista sobre la violencia obstétrica. ....</i>	<i>25</i>
<b>4. Trabajo Social y Salud. ....</b>	<b>27</b>
4.1. <i>Trabajo Social Clínico y Trabajo Social Sanitario. ....</i>	<i>30</i>
4.2. <i>Actuación desde el Trabajo Social en la atención y prevención de la violencia obstétrica. ....</i>	<i>32</i>
<b>5. Legislación en materia de violencia de género y violencia obstétrica.....</b>	<b>33</b>
<b>6. Objetivos.....</b>	<b>37</b>
<b>7. Método. ....</b>	<b>37</b>
7.1. <i>Diseño.....</i>	<i>37</i>
7.2. <i>Muestra.....</i>	<i>38</i>
7.3. <i>Técnicas e instrumentos. ....</i>	<i>40</i>
7.4. <i>Procedimiento.....</i>	<i>41</i>
<b>8. Resultados y análisis.....</b>	<b>43</b>
8.1. <i>Entrevistas a las mujeres.....</i>	<i>43</i>

8.2.	<i>Entrevistas al personal sanitario.....</i>	49
8.3.	<i>Entrevistas a las Trabajadoras Sociales. ....</i>	52
8.4.	<i>Entrevistas a las abogadas y al abogado. ....</i>	54
<b>9.</b>	<b>Discusión.....</b>	<b>56</b>
<b>10.</b>	<b>Conclusiones.....</b>	<b>58</b>
<b>11.</b>	<b>Referencias .....</b>	<b>61</b>
<b>12.</b>	<b>Anexos.....</b>	<b>66</b>
12.1.	<i>Preguntas para las mujeres en etapa de gestación y después de haber tenido el “trabajo de parto”.....</i>	66
12.2.	<i>Preguntas para personal sanitario en relación con posibles casos de Violencia Obstétrica. ....</i>	68
12.3.	<i>Preguntas para Trabajadora y/o Trabajador Social Sistema Sanitario en relación con la Violencia Obstétrica.....</i>	69
12.4.	<i>Preguntas para abogados/as con relación a posibles casos de Violencia Obstétrica. ....</i>	70

**Resumen:**

Las mujeres como pacientes del sistema sanitario en las etapas de gestación, parto y postparto, en muchas ocasiones, son consideradas protagonistas de desigualdades innecesarias, evitables e injustas, observándose la necesidad de realizar estudios que visibilicen esta problemática. La presente investigación tiene como objetivo conocer la relación entre la Violencia Obstétrica y la Violencia de Género, factores y agentes que intervienen y acciones que se realizan desde el Trabajo Social para prevenirla. Para ello, se han realizado entrevistas semiestructuradas para la recogida de datos. Las personas participantes son mujeres que han tenido hijos/as en hospitales públicos y privados, personal sanitario, Trabajadores/as Sociales Sanitarios y abogados/as de Tenerife. Los resultados muestran como desde el sistema sanitario y legislativo hay carencias tanto de información como de formación respecto a la atención de las mujeres como posibles víctimas de la Violencia Obstétrica, mientras que ellas, normalizan diferentes situaciones denunciables ya que el sistema patriarcal influye para que las interioricen y las silencie. El Trabajo Social en el ámbito sanitario juega un papel importante, por tanto, es indispensable que se reivindique su papel tanto preventivo como de acción directa con las mujeres que estén en estas etapas.

**Palabras clave:** Violencia Obstétrica, Violencia de Género, mujer, gestación, parto, prevención, Trabajo Social.

**Abstract:**

Women as patients of the health system in the stages of pregnancy, childbirth and postpartum, in many cases, are considered protagonists of unnecessary inequalities, avoidable and unjust, observing the need to carry out studies that make this problem visible. The present investigation has the objective to know the relation between the Obstetric Violence and the Violence of Gender, factors and agents that intervene and actions that are made from the Social Work to prevent it. For this, semi-structured interviews have been carried out to collect data. The participants are women who have

had children in public and private hospitals, health personnel, Healthcare Workers and lawyers from Tenerife. The results show how there is a lack of both information and training regarding the care of women as possible victims of Obstetric Violence, while they normalize different situations that can be reported as the patriarchal system influences them so that internalize and silence them. Social Work in the health field plays an important role, therefore, it is essential to claim its role both preventive and direct action with women who are in these stages.

**Key words:** Obstetric Violence, Gender Violence, women, pregnancy, childbirth, prevention, Social Work

## **Introducción**

La violencia de género está presente en prácticamente todos los ámbitos en los que se desenvuelven las mujeres. Nos hemos acostumbrado a relacionarla, debido sobre todo a los medios de comunicación, con la violencia ejercida por un violento particular hacia una violentada en concreto, normalmente relacionada a relaciones amorosas o de pareja. La realidad es otra, la violencia ejercida hacia las mujeres se expresa de múltiples formas en cualquier lugar del mundo, muchas veces con el respaldo de los Estados, por el mantenimiento de tradiciones antiguas, el mutismo por parte de la religión y la invisibilidad sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Este estudio tiene como fin conocer la relación entre la violencia obstétrica y la violencia de género, así como el papel que ejercen los y las profesionales del Trabajo Social con pacientes víctimas de este tipo de violencia. Así mismo se pretende ampliar y actualizar los conocimientos acerca de esta realidad invisible donde se toma a las mujeres como seres sin poder ninguno sobre sí mismas ni siquiera en un momento tan importante como es el de la gestación y parto.

En primer lugar, para el desarrollo de esta investigación, se determinan los objetivos a conseguir y se selecciona el método de estudio, así como la realización de una revisión teórica y legislativa. En segundo lugar, se elaboran los instrumentos de recogida de datos y, posteriormente, se administran los cuestionarios y realizan las entrevistas; en tercer lugar, se procede al análisis de los resultados, así como la elaboración de la discusión, conclusiones y propuestas.

Hay que destacar la importancia de realizar esta investigación desde una perspectiva feminista, esto supone una forma crítica de interrogar la realidad que implica una mirada más profunda, llegando a la raíz de ciertos problemas que de otra forma pueden pasar inadvertidos.

## 1. Género y Salud.

El concepto de género se empezó a usar a mediados del siglo XX, como categoría que permite diferenciar lo biológico, atribuido al sexo, de lo cultural, determinado por el género. Por género se entiende el conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas y económicas que la sociedad asigna a las personas de forma diferenciada como propias de hombres y mujeres. Los géneros son construcciones socioculturales que varían a través de la historia y se refieren a los rasgos psicológicos y culturales que la sociedad atribuye a lo que considera "masculino" o "femenino" mediante la educación, el uso del lenguaje, la familia, las instituciones o la religión (Facio y Fries, 2005).

Se puede distinguir el género en base a tres niveles:

1) Género como construcción social: Es la construcción social, cultural e histórica que se hace de las personas a partir de la identificación de sus características sexuales y que les asigna de manera diferencial un conjunto de funciones, actividades, relaciones sociales, formas de comportamiento, valores y normas. Se trata pues de un complejo de determinaciones y características, económicas, sociales, jurídicas, políticas, psicológicas y culturales que crean lo que en cada época, sociedad y cultura representa el ser y el hacer femenino y masculino y configuran un tipo de relaciones de poder entre hombres y mujeres que determinan las oportunidades de desarrollo de las personas.

2) Género como categoría política que implica acción para transformar esta inequidad: Género como parte de una teoría política que parte del reconocimiento de la existencia de un patriarcado como sistema de dominación y reconoce la construcción androcentrista<sup>1</sup> de nuestras sociedades. Por lo tanto, implica cuestionar ese sistema de dominación y comprometerse en la transformación de esta realidad y en el camino hacia la equidad.

3) Género como categoría de análisis de la realidad: Permite identificar los diferentes papeles y tareas que llevan a cabo los hombres y las mujeres en una sociedad,

---

<sup>1</sup> Es la visión del mundo que sitúa al hombre como centro de todas las cosas. Esta concepción de la realidad parte de la idea de que la mirada masculina es la única posible y universal, por lo que se generaliza para toda la humanidad, sean hombres o mujeres. Conlleva la invisibilidad de las mujeres y de su mundo, la negación de una mirada femenina y la ocultación de las aportaciones realizadas por las mujeres (Mujeres en Red, 2008).

tanto las asimetrías como las relaciones de poder e inequidades. Permite reconocer las causas que las producen y formular mecanismos para superar estas brechas.

Contribuye a explicar y ampliar aspectos de la realidad que anteriormente no habían sido tomados en cuenta, y es aplicable a todos los ámbitos de la vida: laboral, educativo, personal, y sanitario (Varela, 2008).

Así, la discriminación de las mujeres se ha basado históricamente en la naturalización de las diferencias, atribuyéndoles un carácter inamovible en tanto que comportamientos naturales. El sexo en sí mismo no es la causa de las desigualdades ni de la discriminación de las mujeres, sino la posición de dominio y subordinación que el sistema patriarcal (patriarcado<sup>2</sup>) ha otorgado a cada uno de ellos, centrándose en las diferencias biológicas asociadas a la reproducción. La identificación entre lo natural y lo socialmente construido ha caracterizado el modelo social androcéntrico que ha provocado la clasificación de las personas usando la categoría “sexo” para mostrar las diferencias entre mujeres y hombres y justificando así el sistema de dominación.

El modelo de sociedad que tenemos hoy en día se ha ido construyendo y perpetuando a través de un proceso de socialización, en el que las personas han ido construyendo sus identidades en base a un sistema de valores y creencias. No es un proceso neutro, ya que aparece diferenciado en función del sexo de las personas, asignando pautas de comportamiento diferenciadas para las mujeres y los hombres en función de los que se ha establecido por tradición. Es por ello, que podemos nombrar que la socialización de género consiste en un proceso de aprendizaje el cual las personas integran un modelo de mujer y de hombre concreto, definido a partir de normas, funciones, expectativas y espacios sociales que se les asigna como propios (Climent, 2009).

Es también preocupante cuando nos paramos a pensar en las personas que no encajan en ninguna de las dos categorías binarias que comentábamos del “ser hombre” o “ser mujer”. Los roles, estereotipos y etiquetas de género son creaciones construidas como manera de preservar el "status quo", lo que permite a ciertos grupos de poder ejercer control y conservar privilegios. En función del sexo, las personas experimentan

---

<sup>2</sup> Sistema político-social desde el cual se estructura las relaciones de las personas a partir de la existencia del sistema sexo-género. La naturalización de la división socialmente construida entre las identidades de género confiere legitimidad al sistema patriarcal (Sánchez y Percara, 2017). Según Lagarde, (1996) expresa que "el poder patriarcal no se expresa sólo en sí mismo, sino que siempre se presenta articulado con otros poderes".



una socialización diferencial, es decir, reciben diferentes mensajes sobre lo que se espera de ellos y ellas, cómo deben comportarse o qué se debe sentir y la forma de manifestarlo según sean hombres o mujeres.

Durante el proceso de socialización se asimila, entre otras cosas, las connotaciones, atributos y valores que conforman la masculinidad y feminidad de las personas, todo esto a partir de criterios de deseabilidad social<sup>3</sup>.

Existen también los agentes de socialización<sup>4</sup> que tienen mucha importancia en determinadas épocas de la vida de las personas. Sin duda, transmiten roles, estereotipos y pautas para crear a la mujer y el hombre “como deben ser”. Estos agentes, directa o indirectamente, perpetúan un modelo de organización social centrado sobre todo en la desigualdad, ya que el modelo de mujer se centra en la atención y el cuidado de las demás personas, centra su responsabilidad en el espacio reproductivo y potencia el desarrollo de la vertiente afectiva.

No podemos obviar señalar la importancia de la perspectiva de género, ya que es una manera de observar las funciones, relaciones y procesos que se dan entre mujeres y hombres, para así identificar situaciones de desigualdad y proponer alternativas de cambio. Pone de manifiesto que el origen y la perpetuación de la desigualdad no responde a situaciones naturales o biológicas sino a la construcción social transmitida a través de la socialización diferenciada de género (Barragán et al., 2005).

En materia de género, son las relaciones de desigualdad social entre hombres y mujeres y el impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida de las personas lo más importante. Hay que destacar que no toda desigualdad, por ejemplo, y haciendo alusión al tema central de esta investigación, entre mujeres y hombres, implica inequidad de género<sup>5</sup>; este concepto se reserva para aquellas desigualdades que se consideran “innecesarias, evitables y, además, injustas”. Así pues, en las últimas décadas y

---

<sup>3</sup> Expectativas que las personas adultas tengan sobre los rasgos diferenciales del niño o la niña determinarán qué conductas, capacidades y habilidades de su repertorio potencial desarrollarán, para adaptarse a los que se espera de ellos y ellas.

<sup>4</sup> Estos agentes son: La familia, la educación, las religiones, los medios de comunicación, el lenguaje...

<sup>5</sup> Desigualdades entre las mujeres y los hombres con respecto al estado de salud, la atención sanitaria y la participación en el trabajo sanitario que son injustas, innecesarias y evitables. La equidad es el medio, la igualdad es el resultado.

directamente relacionado con el ámbito de la salud, se habla de la naturalización<sup>6</sup> social de las mujeres.

Quevedo (2012, p.3), indica que “es importante comentar que, en las prácticas rutinarias médicas, las características machistas de las intervenciones que históricamente se han dado en el sistema de salud, el desconocimiento y la falta de información de las pacientes, son factores influyentes en el nivel de modificación y mejoramiento de algunas prácticas antiguas y repetidas mecánicamente”.

En relación con el concepto de **salud** como tal, la O.M.S<sup>7</sup>, la cual tiene la principal función de ocuparse del estado y/o problemas de salud en todo el mundo, en su documento fundamental, “La Carta Magna de Salud”, el cual fue puesto en vigencia el 7 de abril de 1948, acuñó la definición de salud como: “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Se han establecido una serie de componentes que lo integran: el estado de adaptación al medio (biológico y sociocultural), el estado fisiológico de equilibrio, el equilibrio entre la forma y la función del organismo (alimentación), y la perspectiva biológica y social (relaciones familiares, hábitos). La relación entre éstos determina el estado de salud, y el incumplimiento de uno de ellos genera el estado de enfermedad. Es un fenómeno que se logra a partir de un sinnúmero de acciones y que puede mantenerse por mucho tiempo o perderse debido a diversas razones. Es algo que se puede recuperar también, pero muchas veces puede costar lograrlo. Si hablamos de la importancia de la salud estaremos entonces refiriéndonos al valor que ésta tiene para que una persona pueda llevar una buena calidad de vida en todos sus diversos aspectos.

Según Segura Benedicto (2004), podemos diferenciar varios tipos, entre las que podemos destacar las siguientes:

- Salud física: Condiciones en que se encuentra funcionando y en el cual se desarrolla cada sistema que engloba el cuerpo humano. Dependerá también de la biología humana, que identifica aquellas características que fueron heredadas a través de los genes, ya que existen personas que, aun llevando dietas saludables y sanas, llegan a sufrir de enfermedades como es el caso de la diabetes, solo por una cuestión genética.

---

<sup>6</sup> Percepción esencialista y biologicista del cuerpo humano, que lleva implícita una cierta marginación social por razones biológicas y anula toda posibilidad de cambio. En el caso de las mujeres, se relaciona siempre con la capacidad reproductiva femenina (Esteban, 2006).

<sup>7</sup> Siglas que hacen referencia a la Organización Mundial de la Salud, en adelante O.M.S.

- Salud mental: Se trata del tipo de salud que presenta la persona con relación al entorno social en el que se sumerge. Una salud mental buena hace referencia a una persona que tiene una correcta participación laboral, intelectual y sobre todo social.

- Salud social: Asociada al estado de bienestar que una persona tiene de acuerdo con las condiciones de su entorno. La salud del ser humano, tanto física como mental, siempre depende del contexto socioeconómico, se concentra en las circunstancias que condicionan el bienestar de ésta.

- Salud emocional: Capacidad que presenta una persona al momento de controlar sus emociones, está muy relacionado con una buena salud mental, donde las personas pueden expresar sus sentimientos y comunicarlos de una manera adecuada controlando igualmente su nivel de estrés.

- Salud pública: Conjunto de disciplinas más o menos directamente relacionadas con la salud de la población, a unos servicios específicos de los sistemas sanitarios, y a una visión de las políticas de salud y de las políticas de las organizaciones sanitarias. Existen diferentes perspectivas acerca del concepto de salud pública, donde vamos a destacar la del sistema sanitario. En el mismo, diferenciamos las que son de ámbito global y afectan por ello al conjunto del sistema, y, las que son de ámbito específico y afectan exclusivamente a los servicios de salud pública, es decir, la producción de actividades de promoción y de protección de la salud de carácter colectivo.

Existe hoy en día, y según el equipo de redacción profesional de la *Revista educativa* (2015), acciones injustas en relación con la salud que se diferencia por el género desde una perspectiva personal e individual, desde el momento en el que no se puede elegir nuestras propias condiciones de vida. Hacer, en este caso, referencia a las prácticas llevadas a cabo en el sistema sanitario, más concretamente en las prácticas obstétricas es profundizar en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. La violencia contra la mujer constituye un grave problema de salud pública y de violación sistemática de sus derechos humanos, que muestra en forma dramática, los efectos de la discriminación de la mujer por razones de sexo en la sociedad.

La violencia en función del género es uno de los abusos contra los derechos humanos y uno de los problemas de salud pública más difundidos en la sociedad actual, ya que afecta a un gran número de mujeres. Una de las mayores desigualdades en cuanto a la relación del género y la salud, es la violencia ejercida hacia las mujeres por

el simple hecho de serlo, debido principalmente a la posición que ocupa en esta sociedad heteropatriarcal actual.

## **2. Violencia contra las mujeres.**

La violencia contra la mujer es:

Todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada. A lo largo de su ciclo vital dimana especialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se le asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad (ONU, 1993).

En el informe de la Cuarta Conferencia de la Mujer (Beijing 1995), la violencia contra las mujeres “es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1995).

Se entiende que la violencia contra las mujeres es violencia de género, porque es aquella que afecta a las mujeres por el mero hecho de serlo. Hay muchas agresiones y formas de violencia que no guardan relación con el hecho de ser hombre o mujer, mientras que, en este caso, es la violencia que se ejerce por los hombres para mantener el control y el dominio sobre las mujeres. Se manifiesta por las relaciones de desigualdad existentes y que se perpetúan a lo largo de la historia, de la subordinación de las mujeres a los hombres, y, como se refleja actualmente, un reflejo del modelo de sociedad patriarcal y/o heteropatriarcal presente. Este tipo de violencia es, por tanto, un problema que afecta a toda la sociedad, no sólo a víctimas (supervivientes) o/ y agresores. De ahí que se plantee con una gran relevancia, la visibilidad de las situaciones de desigualdad y las formas que se ejerce para así proponer acciones de prevención hacia las mismas. Es una violencia que parte de una ideología, la estructura patriarcal, y, está basada en las tradiciones, creencias y costumbres que favorecen y

mantienen la desigualdad entre los sexos. Es instrumental, ya que se utiliza como herramienta para imponer un modelo sexista y desigual en las relaciones, para dominar a la mujer y mantener los privilegios que cree propios de su sexo.

La *Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra La Violencia de Género*, expone que:

La Violencia de Género (...) se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. (...) se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas por sus agresores carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión (...).

En la realidad española, las agresiones sobre las mujeres tienen una especial incidencia, existiendo hoy una mayor conciencia que en épocas anteriores sobre ésta, gracias, en buena medida, al esfuerzo realizado por las organizaciones de mujeres en su lucha contra todas las formas de violencia de género. Ya no es un «delito invisible», sino que produce un rechazo colectivo y una evidente alarma social.

Amnistía Internacional en España (2018), en su artículo “*España: la violencia de género, un problema de salud pública*”, expone que, en la Ley Integral, faltan medios, recursos y coordinación para la detección precoz de la violencia de género y la atención a las víctimas en el ámbito sanitario. Así mismo, sectores clave como los Servicios de Urgencias de los hospitales, los servicios de Atención Primaria y los centros de Salud Mental continúan sin estar preparados para la detección de la violencia de género, ni para prestar una adecuada atención a las víctimas o atender las necesidades de la colaboración con la justicia. A pesar de la puesta en marcha de la Ley Integral 1/2004, la actual política sanitaria hace que una mujer pueda asistir durante años a los servicios médicos a causa de las agresiones física y psicológicas sin recibir suficiente ayuda ni orientación para poder salir de la violencia.

Las mujeres supervivientes en casos de violencia de género, de una forma continuada, sufren una revictimización<sup>8</sup>. Es por ello, y por desgracia, que muchas mujeres han pasado y tendrán que pasar por largas esperas, papeleos, interrogatorios vejatorios e incluso mala atención psicológica y médica, lo que muchas veces hace que se arrepientan de haber iniciado la denuncia. Se suele visibilizar sólo la agresión física

---

<sup>8</sup> Padecimiento de otro tipo de maltratos por parte de las instituciones policiales, de la salud y judiciales. Influye mucho en la decisión de denunciar por parte de las víctimas, que se imaginan aún más vulnerables y expuestas si finalmente van a ser tratadas sin ningún respeto por su intimidad (García García, 2015).

puntual, que sólo es un aspecto parcial, y se invisibiliza el resto del proceso, así como otros tipos de violencias que pueden llegar a sufrir.

Es fundamental para abordar el problema de la violencia de género el hecho de que las víctimas tomen conciencia de que lo son y puedan disponer de las herramientas y recursos necesarios para poder tomar la decisión que crean más oportuna. Igualmente, es necesario que, desde la disciplina del Trabajo Social, se tenga clara la dimensión y las diferentes formas de manifestarse este fenómeno que se ha convertido en una prioridad social.

## **2.1. Formas de violencia contra las mujeres.**

Los malos tratos no siempre son agresiones físicas en tanto que su objetivo no es causar una lesión inmediata, sino someter a la persona sobre la que se ejercen. Son muchas las formas bajo las cuales aparecen los malos tratos psíquicos, abusos emocionales y un largo etcétera hacia las mujeres. Todas las formas se conceptualizan como violencia en cuanto son formas de coacción y de imposición de conductas que ejercen los hombres para someter a las mujeres, y, según la *Ley 1/2017, de 17 de marzo, de modificación de la Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres Contra la Violencia de Género*, son las siguientes:

- **Violencia física:** Es cualquier tipo de acto de fuerza contra el cuerpo de una mujer, con el resultado o el riesgo de producirle una lesión física o un daño. Se utiliza esta fuerza para intimidar, controlar o forzar a la mujer a hacer algo en contra de su voluntad.
- **Violencia psicológica:** Se trata de cualquier acción o comportamiento intencionado que produce sufrimiento y pretende ser una medida de control y amenaza a la integridad y al desarrollo personal de la mujer. Se ejerce mediante amenazas, humillaciones, vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, insultos...se puede manifestar también un intento de crear conflicto con su familia, amigos/as...provocando un aislamiento social en la mujer.
- **Violencia sexual y abusos sexuales:** Se trata de cualquier acto de naturaleza sexual no consentido por las mujeres, incluida la exhibición, la observación y la imposición, mediante violencia, intimidación, manipulación emocional, de relaciones sexuales, con independencia de que la persona agresora pueda tener

con la mujer una relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco. Puede englobar cuatro grandes categorías como es la no implicación de contacto corporal, que si lo haya, con violación o ir en contra de los derechos reproductivos y sexuales de la mujer.

- **Violencia económica:** Se lleva a cabo cuando se usa el poder económico para provocar daño a la mujer. Es la modalidad de violencia por la cual las víctimas tienen muy restringido el manejo del dinero, la administración de los bienes propios y /o gananciales. También se refleja en la privación intencionada de recursos para el bienestar físico o psicológico de una mujer y, si procede, de sus hijas o hijos, así como la limitación en la disposición de los recursos propios o compartidos en el ámbito familiar o de pareja.

Existen otros tipos de manifestaciones o formas de violencias machistas:

- **Violencia en la pareja o expareja:** Consiste en ejercer uno o varios tipos de violencia incluyendo la repercusión y consecuencias que tiene en los niños y las niñas que conviven en ese entorno familiar donde se están produciendo las acciones violentas.
- **Violencia en el entorno laboral:** Consiste en ejercer varios tipos de violencia en el centro donde se trabaja, durante la jornada laboral, fuera del mismo centro de trabajo y del horario, siempre y cuando tenga relación con éste, donde podemos diferenciar dos tipos de manifestaciones:
  1. **Acoso por razón de género:** Tiene relación con comportamientos no deseados por razón de sexo en diferentes ámbitos laborales con el propósito de atentar contra la dignidad de las mujeres y crear un entorno humillante y ofensivo.
  2. **Acoso sexual:** Comportamientos verbales o no verbales, incluso físicos no deseados con un fin sexual que igualmente atenta contra la dignidad de las mujeres.
- **Trata de mujeres y niñas:** Alude a la captación, transporte, traslado, acogimiento o recepción de mujeres o niñas, por medio de amenazas o uso de la fuerza (coacción), rapto, engaño, abuso de poder, entrega o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que posea el control

sobre las mujeres o niñas, con la finalidad de explotación sexual, laboral o matrimonio.

- Explotación sexual: Es la obtención de dinero a cambio de la obligatoriedad del ejercicio de la prostitución, servicios sexuales, pornografía o producción de material pornográfico.
- Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: es la práctica de aborto o abortos sin el consentimiento de la mujer o la información previa. También refleja intervenciones quirúrgicas que tienen como finalidad acabar con la capacidad de reproducción de una mujer de forma natural (sin que ésta haya sido informada antes).
- Matrimonio a edad temprana, matrimonio concertado o forzado: Matrimonios donde la mujer y/o niña o adolescente no haya consentido con anterioridad. Son uniones donde terceras personas han acordado la misma (ya sea porque no cumplen la edad establecida como “legal” o por intimidación o acción violenta).
- Mutilación genital femenina: Son cirugías que consisten en la eliminación total o parcial de los genitales femeninos o produzca lesiones en los mismos, aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer, así como el hecho de incitar u obligarlas a someterse a estas prácticas.
- Femicidio: Asesinatos cometidos en el ámbito de la pareja o expareja, así como otros crímenes que revelan que la base de la violencia es la discriminación por motivos de género.

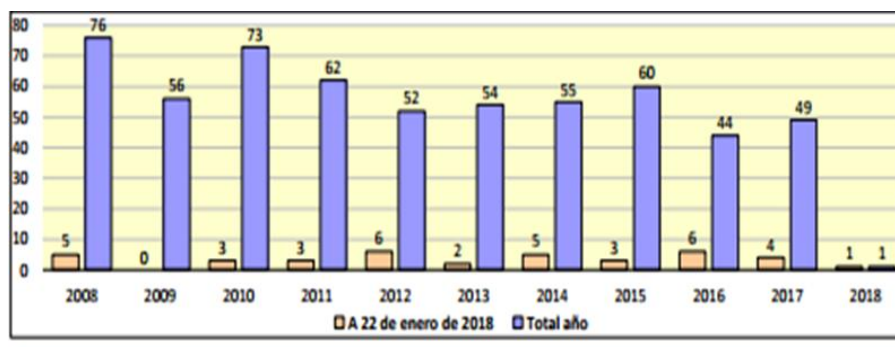
Existen otras formas de ejercer la violencia hacia las mujeres en otros espacios, como son los virtuales o a través de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC), nuevas formas desde donde se hostiga y se las maltrata por el simple hecho de ser mujer. Según Valdiviezo y Fernández (2003), un entorno virtual son espacios de reunión virtual e intercambio permanente, donde una gran cantidad de usuarios y usuarias pueden participar, contribuir y compartir información. La violencia virtual, expresada en forma de insultos, difamación, imágenes o vídeos en el ciberespacio que denigran la imagen de las mujeres, las adolescentes y las niñas, siendo esto una nueva modalidad del maltrato. Los mecanismos legales para denunciar este tipo de violencia, sin embargo, son pocos. La violencia virtual provoca daño moral e incluye amenazas que pueden influir en la personalidad, generar baja autoestima, cólera, paranoia, depresión y sentimiento de miedo. Otro tipo de violencia es el uso del correo



electrónico para el envío de videos con contenido sexual, insinuaciones, mensajes o archivos con contenido pornográfico (Tarrío y García-Carpentero, 2014). Se expresa en diferentes formas:

- **Ciberbullying:** Uso de la tecnología como base para una conducta intencional, prolongada en el tiempo, hostil, desarrollada por un individuo o grupo para hacer daño a otra persona.
- **Grooming:** Acciones realizadas por un adulto con la finalidad de establecer una relación y un control emocional sobre un niño o una niña para preparar la situación para un posible abuso sexual. Se busca intercambiar imágenes eróticas, obtener fotos del cuerpo del niño o niña desnudo/a o en actos sexuales, y, por desgracia, en caso extremos, acceder a un encuentro físico en el que puede concretarse un abuso sexual.
- **Sexting:** Es la difusión o publicación de contenidos de tipo sexual, producidos por el propio remitente, utilizando para ello, el teléfono móvil u otro dispositivo tecnológico. Cuando la grabación se realiza a través de una cámara web, y se difunde por correo electrónico o por redes sociales, se conoce como sex-casting.
- **Sextorsión:** Es el chantaje bajo la amenaza de publicar o enviar imágenes en las que la víctima se muestra en actitud erótica, pornográfica o manteniendo relaciones sexuales.

La violencia contra las mujeres sigue siendo un problema social a nivel mundial, que, a pesar de las diferentes políticas, del trabajo desarrollado por múltiples instituciones y los recursos disponibles, aún no se ha logrado eliminar y se evidencia en los resultados de los últimos estudios realizados, tal y como muestra el siguiente gráfico:



Nº de asesinatos contra las mujeres por parte de sus parejas o exparejas, desde el año 2008 hasta enero de 2018.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018).

### 3. Violencia obstétrica. Tipos y consecuencias.

Para Fernández (2005), “el embarazo y el parto son momentos de gran vulnerabilidad y, como en otros ámbitos en los que estamos en una posición de inferioridad y hay impunidad, surge la violencia hacia las mujeres”. Muchas veces se aborda todo lo relacionado con embarazo y parto como si fuera una patología, ya que ambas etapas caen en un modelo de jerarquía donde prevalece la autoridad y el orden del personal sanitario, dejando en un segundo plano las decisiones de la propia mujer gestante. A veces en este proceso, las diferentes formas que tienen de actuar los y las médicas pueden relacionarse con formas de violencia hacia las mujeres pacientes, aunque no se emplee ninguna fuerza física.

Es complicado visibilizarla o reconocerla porque, y según el autor Bordieu (1995, citado en Fernández, 2005) se considera violencia simbólica:

Aquella que se ejerce, sin mediación de la fuerza física, sobre un agente social con su complicidad, puesto que el agente dominado no es consciente de su estado de sumisión, no se siente obligado a actuar y pensar de la forma en que lo hace porque hacerlo significaría ir en contra del orden lógico o “natural” de las cosas. Es transmitida a través de símbolos, como son gestos, actitudes, posturas corporales, etc., cuyo significado es comprendido e interpretado dentro de la propia cultura (u otras), y es transmitido de generación en generación mediante la educación.

Podemos definir la Violencia Obstétrica, según expone Medina (2009), como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. La salud sexual y reproductiva se manifiesta como una parte integral e indivisible de los derechos humanos universales”. Aun así, se siguen violando sistemáticamente los derechos humanos en general y los derechos de las mujeres.

La Violencia Obstétrica como concepto legal, se definió en la *Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia publicada el 19 de marzo de 2007* por primera vez en Venezuela y la define como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador,

en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. En el artículo 51 de dicha ley, se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica: 1) No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. 2) Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. 3) Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. 4) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. 5) Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (D'Gregorio, 2010).

Según Medina (2009) en su artículo sobre violencia obstétrica, clasifica a este tipo de violencia en:

- Violencia obstétrica física: Se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico.
- Violencia obstétrica psíquica: Incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general.

Así mismo existen diferentes omisiones que se reproducen en las mujeres víctimas de este tipo de violencia, como son: la falta de anestesia en los legrados cuando se realizan los posibles abortos provocados; omisión de información sobre las distintas intervenciones médicas (en diferentes procesos donde la paciente puede elegir libremente alternativas, sobre todo en el momento del parto); omisión de la intimidad y omisión de tener en consideración de las pautas culturales.

Según Fernández (2014), la Violencia Obstétrica tiene secuelas para las mujeres tanto a nivel físico como psicológico y en diferentes etapas. En el postparto de manera inmediata y en el puerperio<sup>9</sup>. Los signos de haber padecido este tipo de violencia dañan no solo a la madre gestante, sino al o la recién nacida y al entorno familiar. Algunas de estas consecuencias pueden producirse en el periodo de lactancia si se utilizan diferentes antibióticos pueden alterar la flora bacteriana o si se realizan cesáreas ya que los dolores físicos que se padecen pueden complicar diferentes posturas para facilitar esta etapa. Cuando se realizan por ejemplo posturas no muy naturales durante el parto, y, según Cano (2010), pueden ocasionar problemas de incontinencia en un futuro. En ocasiones, pueden padecer de hemorragias o desgarros<sup>10</sup> sobre todo en partos muy instrumentalizados.

Psicológicamente, como cualquier tipo de violencia, tardan más en desaparecer e incluso a veces en identificarlo, obviamente si no son tratados, y pueden darse episodios de depresión postparto, tal y como Mata (2015) comenta en su artículo de factores de riesgo de partos traumáticos. También las mujeres pueden padecer secuelas emocionales y estrés.

### **3.1.La Violencia Obstétrica en el sistema sanitario español.**

En España, y según el Observatorio de la violencia obstétrica (creada el 25 de noviembre de 2014 y vinculado a la asociación El Parto es Nuestro), no se ha tipificado las prácticas constitutivas de violencia obstétrica pese a que vulneran los derechos humanos más básicos. Según Moncholín (2017), en España y en nuestro sistema sanitario sí es posible que se den casos de violencia obstétrica no denunciados, y, que confirma a través de un estudio en el año 2014, la psiquiatra Ibone Olza, que realizó para el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

El Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud (publicado en la Estrategia de Atención al Parto Normal, en 2012) hace un

---

<sup>9</sup> Este periodo de tiempo se divide clásicamente en: Puerperio inmediato: las primeras 24 horas. Puerperio precoz o propiamente dicho: desde el 2º al 7º -10º día (primera semana). Puerperio tardío: hasta los 40-45 días (denominado cuarentena). No necesariamente tiene que ver con el retorno de la menstruación que dependerá de otros factores (lactancia, fisionomía de la madre, etc. )

<sup>10</sup> Benavidez Sánchez (2012) expone que existe una clasificación: de primer grado (superficiales, básicamente sólo algo de piel), de segundo grado (algo más profundos, requieren de puntos), de tercer grado (tejido vaginal, piel del perineo y músculos del perineo que se extienden hasta el esfínter anal) y de cuarto grado (atraviesa el esfínter anal y el tejido de debajo).

seguimiento por parte de hospitales públicos, centros médicos y hospitales materno-infantiles, donde las diferentes consecuencias y secuelas de la violencia obstétrica se recogen en datos estadísticos muy interesantes, donde destacamos dos de los más importantes:

- 1.) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante técnicas de aceleración sin consentimiento informado a la madre gestante:
  - El 46 % de los partos se realizan con rotura artificial de membranas, cuando en la mayor parte de los casos no es necesario.
  - El 53,3 % de los partos se realizan con estimulación de oxitocina por encima de lo deseado, en vez de dejar que las mujeres en su proceso de parto reaccionen de manera natural a los tiempos de espera de este.
  - El 19,4 % son partos inducidos, igualmente pudiéndose evitar y dejando que la naturaleza camine por sí sola.
- 2.) Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo medios suficientes para que los partos se realicen de forma vertical:
  - El 87,4 % de los partos son atendidos en posición supina y con las piernas levantadas para comodidad del equipo médico y/o sanitario de asistencia en el momento del parto.

Estos datos dan a pesar de que, para el sistema sanitario español, las mujeres que sufren un trastorno de estrés postraumático, tras haber pasado por un trato deshumanizado o humillante en su parto, en vez de obtener un diagnóstico serio que les ayude a superar su vivencia, se les acusa de ser meras “víctimas de las hormonas” o de que han “perdido los nervios”, revelan así mismo un alto índice de cesáreas y partos instrumentales<sup>11</sup>. En nuestro país, ha habido iniciativas institucionales para que los procesos de atención al parto y al embarazo sean lo más respetuosos posibles con las mujeres gestantes, aunque los datos que hemos observado con anterioridad superan con creces tanto los porcentajes recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como los índices de estas mismas intervenciones en otros países europeos.

Tal y como expone Recio (2015, p.22), el 15% de los protocolos establecidos en los hospitales públicos de España, tienen reflejado las recomendaciones del Ministerio

---

<sup>11</sup> Es aquel que en el momento del expulsivo requiere de la utilización de un elemento externo, ya sea ventosa, espátula o fórceps.

de Sanidad sobre preparación y partos normalizados, con lo cual es de suponer que con esta cifra resta utilidad a éstos. Tampoco se plantean que exista algún tipo de violencia en esta etapa, pese a que las mujeres son las únicas que pueden estar sufriendo algún tipo de abuso.

### **3.2.Las mujeres como protagonistas de su sexualidad y partos.**

La problemática de la violencia obstétrica es una vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, realizado por equipos sanitarios en diferentes momentos como son la etapa de la gestación (embarazo), el trabajo de parto y el postparto, y, por ello, vulnera así los derechos humanos. Tamayo (2001) expone que la sexualidad y la etapa de reproducción de las mujeres son espacios donde se mezclan derechos fundamentales como son la autonomía, libertad e individualidad. La salud sexual requiere de un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, además de la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras, responsables y seguras, libres de coerción, discriminación o violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.

Hablar de **derechos sexuales y reproductivos** de las mujeres es lo mismo que explicar que son los derechos de ellas a decidir sobre si la maternidad es una opción de vida y cuando se desea hacerlo, deben ser reconocidos y defendidos por toda la sociedad. También implica el respeto que tiene toda persona para ejercer libremente su sexualidad y reproducción y cualquier cuestión relacionada con el propio cuerpo. Estos conceptos son términos prácticamente de origen reciente, reconocerlos estuvo de la mano de movimientos feministas y luchas sociales que afianzaron los contenidos y las formas de protección de estos (Álvarez, 2008). Hagamos una síntesis de algunos de ellos:

- El derecho a la autonomía e integridad del cuerpo: Toda persona tiene el derecho de controlar y decidir libremente sobre asuntos relacionados con su cuerpo y su sexualidad, incluyendo la elección de comportamientos, prácticas, parejas y relaciones interpersonales con el debido respeto a los derechos de los y las demás.

- El derecho a una vida libre de tortura, trato o penas crueles, inhumanos o degradantes: Ninguna persona será sometido/a a torturas, tratos o penas degradantes, crueles e inhumanos relacionados con la sexualidad, incluyendo prácticas tradicionales dañinas, la esterilización forzada, la anticoncepción o el aborto forzado. Estos se producen por la insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización...
- El derecho a la privacidad: Toda persona tiene derecho a la privacidad, relacionada con la sexualidad y las elecciones con respecto a su propio cuerpo, las relaciones sexuales consensuales y prácticas sin interferencia ni intrusión arbitrarias. En muchas ocasiones las mujeres son revisadas por un equipo sanitario y estudiantes, sin ninguna explicación, ni respeto por su pudor y sin ser consultadas sobre si están de acuerdo en lugares sin ningún tipo de privacidad por múltiples personas.
- El derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten: Toda persona tiene el derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones en relación con la sexualidad y la salud sexual.
- El derecho a la información: Toda persona debe tener acceso a información precisa y comprensible relacionada con la sexualidad, la salud sexual y los derechos sexuales a través de diferentes recursos o fuentes.
- El derecho a decidir tener hijos/as, el número y espaciamiento de los/as mismos/as, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo.
- El derecho al acceso a la justicia y a la retribución y la indemnización: Toda persona tiene el derecho de acceso a la justicia, a la retribución y a la indemnización por violaciones a sus derechos sexuales.

Para que exista estabilidad en relación con los derechos de las mujeres, los procesos de empoderamiento<sup>12</sup> han de ser constantes, y el conocimiento de las realidades un objetivo prioritario.

A lo largo de la historia, se ha realizado en los cuerpos de las mujeres una patologización de estos, donde existe un discurso patriarcal en la práctica de la

---

<sup>12</sup> El empoderamiento de las mujeres está estrechamente relacionado con la igualdad de género. Va más allá de abordar el estatus de la mujer en relación con el del hombre, e incluye la capacidad de tomar decisiones y de controlar su propio destino. En lo que se refiere a la calidad de atención en salud de las mujeres, el empoderamiento significa apropiación de sí misma, cargarse de poderes de afirmación. Esto es: afirmación de su corporalidad, su sexualidad, su preferencia sexual, su autoestima, y sus decisiones, las cuales han sido negadas en el proceso de construcción de su identidad de género (Del Valle, 2001).

medicina, en la atención sanitaria y en las diferentes etapas de los diferentes ciclos de la mujer: la niñez, la adolescencia con la aparición de la menstruación, la etapa de la vida adulta con su elección o no de la maternidad, la llegada de la menopausia, la sexualidad y el disfrute de sus propios cuerpos cuando son personas mayores....consideradas “patologías propias de las mujeres”. Rodrigáñez Bustos (2010) expone que cuando las mujeres se van desarrollando, con la presión social añadida, aceptan que la menstruación duela todos los meses, que el proceso de gestación es pesado y que el trabajo del parto es un “mal trago” que gracias a la medicalización se logra superar sin dolor. En este proceso natural, convertido hoy en día como un procedimiento médico, pueden dejar a las mujeres despojadas de su propia identidad. Se percibe que parece más un acontecimiento patológico que se desarrolla en un espacio hostil (como son las instituciones) y donde se hace visible la pérdida de protagonismo de las mujeres en esta experiencia tan importante.

Los **partos** se han ido institucionalizando; por ejemplo, en la prehistoria, los partos eran rituales donde las mujeres se pintaban de color ocre para aumentar su propia energía, aparte de estar acompañadas sólo de mujeres con experiencias. También el antiguo Egipto recurrían a peticiones a los dioses para minimizar los dolores. En las tribus aborígenes se acompañaban igualmente de otras mujeres con experiencia en trabajos de parto, y, después de esto, llevaban a cabo una serie de rituales con la placenta para que la naturaleza diera fuerzas a la vida que venía. Por estos hechos y muchos más, nace la figura, según Oiberman (2014) de las “matronas”, “comadronas” o “parteras”, que en otras épocas el trabajo de ellas fue desvalorizado, sobre todo por los y las profesionales de la medicina. Los cambios que se fueron dando a lo largo de los años posteriores a la Edad Media, en la atención al parto, se enmarcaron en un contexto de transformaciones sociales y culturales que afectaron los roles y relaciones de género y los modelos familiares.

El parto normal, según la OMS (1996) se define como “aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El o la niño/a nace de forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional, en el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural”. En su guía para la atención al parto normal, recomienda que la atención al parto normal, de bajo riesgo, se lleve a cabo con el menor intervencionismo posible y respetando, al máximo, la fisiología



natural del parto. El uso y abuso de determinadas prácticas médicas durante el parto es también una forma de violencia. La medicina ha instalado determinadas verdades científicas a lo largo de la historia que justifican para que no sean discutidas. Existen maniobras que aceleran el parto que están injustificadas, y que aceleran el proceso de nacimiento de los/as bebés tales como:

- La inducción al parto con medicamentos como la oxitocina, administración de goteos lo que aumenta el dolor y puede causar rotura uterina y sufrimiento fetal agudo, entre otras contraindicaciones.
- Maniobra de Hamilton, que es separar manualmente las membranas del útero.
- Rotura artificial de la bolsa.
- Maniobra de Kristeller, que es aplicar presión sobre la parte alta del útero para empujar al bebé hacia la salida.
- Uso frecuente de fórceps o ventosas para extraer al bebé.
- Impedir la libertad de movimiento de las mujeres en su propio proceso de trabajo de parto, como la inmovilización de las piernas o parir en posición supina<sup>13</sup>. Una mujer tumbada con los pies en alto sobre los soportes metálicos se convierte en una espectadora pasiva de su propio parto. Según Giberti (1998), considera que además al acostar a la mujer se la infantiliza porque se le posiciona como alguien que debe obedecer órdenes y colaborar con la dirección del parto a cargo de un equipo sanitario.
- Tactos vaginales reiterados por diferentes profesionales donde se pierde el derecho a la intimidad.
- Realización de episiotomías<sup>14</sup> que ensanchan la abertura de la vagina durante el parto.

Y algunas intervenciones más innecesarias que se realizan en el proceso del trabajo del parto, donde las opiniones de las mujeres quedan en un segundo plano, y, que dan pie a pensar que, si se realizan, en la mayoría de los casos de las mujeres parturientas, que están relacionadas con el tema central de este estudio, la violencia obstétrica.

---

<sup>13</sup> Es aquella postura que adopta la paciente en decúbito supino, apoyada sobre la cabeza, torso y nalgas, con las piernas levantadas y apoyadas sobre los complementos de la mesa quirúrgica o de exploración.

<sup>14</sup> Se trata de un corte en el perineo (la piel y los músculos entre la abertura vaginal y el ano). Entre sus riesgos encontramos el desgarro del corte llegando a los músculos cercanos al recto o al recto mismo, un aumento de la hemorragia, la infección del corte y los puntos de sutura y el dolor en las relaciones sexuales en los primeros meses después del nacimiento.

Cuando el nacimiento de los y las bebés llega a buen término, la OMS recomienda desde el año 1985 que “el recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.” El primer contacto piel con piel entre la madre gestante y el o la recién nacida favorece el vínculo afectivo entre ambos/as. El latido de su corazón y de su respiración son algo que el o la bebé conoce y crean un sentido de continuidad entre la experiencia previa del bebé en el útero y las nuevas condiciones a las que debe adaptarse.

Camacaro (2012) señala que en la atención a la salud sexual y reproductiva es donde más se visualiza prácticas legitimadoras de la violencia de género, específicamente en el trabajo de parto, parto y nacimiento las mujeres sufren diversas agresiones que atentan contra su cuerpo y sexualidad.

### **3.3. Realidad y percepción feminista sobre la violencia obstétrica.**

Conocer el pensamiento desde el que se realiza este estudio, es fundamental a la hora de saber desde dónde se habla. Comprender el pensamiento feminista no sólo es importante para entender las aspiraciones de uno de los movimientos sociales más importantes del siglo XX, sino para comprender el rol que ha desempeñado en este trabajo y en la reproducción de la ideología y estructuras que conforman el patriarcado. Además, el feminismo es un rico instrumento para llenar de contenidos más democráticos los valores que podríamos querer preservar. Es decir, conociendo el pensamiento feminista, podríamos mantener -dándoles otro contenido- los principios e instituciones que el mismo derecho nos ha enseñado a valorar para así poder lograr más justicia y armonía en nuestras sociedades.

De acuerdo con Castells (1996, p.10) “entenderemos por feminismo lo relativo a todas aquellas personas y grupos, reflexiones y actuaciones orientadas a acabar con la subordinación, desigualdad, y opresión de las mujeres y lograr, por tanto, su emancipación y la construcción de una sociedad en que ya no tengan cabida las discriminaciones por razón de sexo y género”. El feminismo no se circunscribe a luchar por los derechos de las mujeres, sino, a cuestionar profundamente y desde una perspectiva nueva, todas las estructuras de poder, incluyendo, pero no reducidas a, las

de género. De ahí que, cuando se habla de feminismo, se aluda a profundas transformaciones en la sociedad que afectan necesariamente a hombres y mujeres. Los estudios realizados sobre violencia desde el feminismo, y, aquellos con perspectiva de género, consideran la violencia como un fenómeno social que se enmarca por las desigualdades de género.

Hay diversas situaciones en el que las mujeres son sometidas a diario, donde por desgracia son protagonistas de vejaciones, humillaciones, donde se las ridiculiza o se les infantilizan. Estas situaciones son justificadas socialmente, y en muchas ocasiones, aceptadas por las propias víctimas porque es o creen que es “lo normal”. Una de estas situaciones, y refiriéndonos al tema principal de esta investigación, es la educación maternal y el parto, así como el proceso de gestación. En la mayoría de los cursos de educación maternal se muestra un temario y un objetivo tan obsoletos y desactualizados como lo es la atención sanitaria de los centros que los imparten. Sirven, muchas veces, para que las mujeres interioricen lo que se espera de ellas, no para que conozcan sus procesos, confíen en sus cuerpos y conecten con su poder. Este tipo de “enseñanza” se ha ido instalando sin tener nada en contra, ya que expresa una relación entre los y las profesionales de la sanidad y las mujeres pacientes. En esta relación se establece que los criterios válidos son “las personas que saben” y por ello toman decisiones sin contar con la opinión de las propias mujeres, por tanto, entendemos que tener el control de la información es esencial para mantener el sistema.

La subordinación de las mujeres tiene como uno de sus objetivos el disciplinamiento y control de nuestros cuerpos. Toda forma de dominación se expresa en los cuerpos ya que son éstos en última instancia los que nos dan singularidad en el mundo. En el caso de las mujeres, el disciplinamiento ha sido ejercido por los hombres y las instituciones que ellos han creado, la medicina, el derecho, la religión, con el fin de controlar la sexualidad y la capacidad reproductiva de las mujeres, expresión de la diferencia sexual.

Así pues, y de acuerdo con Davis-Floyd (2009) “lo único que puede devolver a las mujeres la posibilidad de reapropiarse de su cuerpo y sus capacidades durante el parto es el activismo, esto es posible desde aquellos espacios de organización ya conformados, como son los movimientos feministas”. Las teorías y metodologías feministas permiten entender que, desde los inicios de la medicina moderna hasta la actualidad, las mujeres fueron y son pensadas como objetos y no como sujetos, el poder

del sistema sanitario se adjudicó el derecho de establecer cómo deben ser tratados sus cuerpos y sus vidas. Desde diferentes perspectivas feministas es interesante exponer que hay dos posturas en relación con la maternidad, ya que, por un lado, deconstruye el modelo maternal de las sociedades patriarcales que lo presenta como opresivo y de dominación de las mujeres, haciendo referencia a la idea de tener “instinto maternal” y de la maternidad como “obligación biológica de las mujeres”. Y, por otro lado, una postura de reconstrucción de la maternidad como la capacidad del cuerpo de las mujeres como fuente de placer.

#### **4. Trabajo Social y Salud.**

El Comité Ejecutivo de la Federación Internacional de Trabajadores y Trabajadoras Sociales junto con la Junta de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social, presentaron en la Asamblea/Junta la definición global de la Trabajo Social consensuada en Melbourne en Julio de 2014. En esta Junta se expone que:

El Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del Trabajo Social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar (Lima, 2017).

La disciplina del Trabajo Social, en los últimos años ha tomado un papel muy importante en la promoción de los Derechos Humanos, así como en la salud pública y evidentemente en toda la problemática que conlleva la desigualdad de género y las diferentes formas y manifestaciones que tiene la violencia contra las mujeres, donde hemos comentado con anterioridad, la Violencia Obstétrica está presente, aunque no reconocida ni visibilizada. Es difícil encontrar investigaciones, proyectos, artículos o intervenciones que den voz a este tipo de violencia invisible.

Por primera vez, en 1993, dentro de la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos (Viena) se abordó la violencia hacia la mujer dentro del ámbito de los derechos humanos. Recordemos que en esta declaración se destaca:

(...) la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia. Así mismo, los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho (...) se aboga por la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad (...)

El silencio de las mujeres frente a la violencia es parte de la conducta esperada de parte del patriarcado, es la respuesta para la cual todo el aparato estatal y la sociedad en su conjunto, está preparada, mientras que la denuncia da cuenta de la incapacidad de dichas estructuras para asegurar el ejercicio de los derechos humanos tan universalmente planteados, y, por los que la disciplina del Trabajo Social debe luchar para que se cumplan. También es importante recordar que la ONU reconoce que la violencia de género es uno de los principales hándicaps en la consecución de la libertad y el disfrute de derechos por parte de las mujeres.

El Observatorio Nacional de Salud, Género y DDHH (2003), expone que los malos tratos se encuentran naturalizados por parte de los equipos de salud, que muestran resistencia a identificar acciones que vulneran a los Derechos Humanos, y por las propias mujeres que lo sufren, quienes ven como “normal” o consideran que no tienen posibilidades de exigir o elegir otro tipo de atención o trato por parte de éstos. Se vulneran derechos como el de la intimidad, información necesaria y precisa por parte de los equipos de salud tanto a las mujeres como a sus familias y las evidentes muestras de insensibilidad frente al dolor que sufren ellas en el proceso de parto.

En 1974 se aprueba la Ley General de la Seguridad Social y se homogeniza el sistema de salud obligatorio para las personas afiliadas. Se vincula la asistencia a la cotización por lo que quedan fuera del sistema muchos sectores de la población. El siguiente paso, se produce en 1978, con la Constitución reconoce en su artículo 41 el derecho a la protección de la salud y las competencias públicas que se le atribuyen. Es el inicio de la universalización de la asistencia que se consolida con la Ley 14/1986

General de Sanidad, vigente hoy en día. En 1989 se garantiza que el sistema de salud no iba a excluir a nadie.

El Régimen Sanitario de la Seguridad Social se instaura en España en la década de los cincuenta creándose una red de hospitales y de centros médicos (ambulatorios) para la atención de trabajadores de las industrias. La atención era totalmente asistencial dejando de lado otro tipo de patologías. La figura del y/o la Trabajador/a Social relacionado/a con el ámbito de la salud aparece en hospitales generales y hospitales especializados en pacientes psiquiátricos, de hecho, el primer servicio de Trabajo Social se crea en el Hospital General de Asturias con cuatro profesionales (Díaz Palacios, Díaz-Faes, Suárez, Villazón y Casero, 2000). Ya el extinto Instituto Nacional de Previsión, en la circular 28/1977, definía cuales eran las funciones de los y las Trabajadores/as Sociales en los hospitales.

Conociendo la historia, desde hace prácticamente un siglo, existen los y las Diplomados/as (actualmente Graduados/as) en Trabajo Social en los equipos multiprofesionales que actúan en el ámbito de la salud, comprobándose dentro de las propias historias clínicas, teniendo una parte de “historia social”. En este sentido, se crean diferentes leyes respecto a la profesión del Trabajo Social en el ámbito Sanitario como son la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de salud, o, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que es la Ley Básica reguladora de la autonomía del y la paciente y de derechos y obligación en materia de información y documentación clínica (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, 2003).

El Trabajo Social tiene representación en diferentes ámbitos, destacando el de los Servicios Sociales y en el de la Salud, quedando las intervenciones de este último en intervenciones dirigidas a personas de manera individualizada, familias y a la comunidad en general (especialmente en la atención primaria). Para llevar a cabo intervenciones de calidad en la coordinación sociosanitaria, se necesita experiencia acumulada en cuanto a estrategias de intervención individuales, grupales y comunitarias, así como trabajar en red (Hidalgo y Lima, 2017).

#### **4.1.Trabajo Social Clínico y Trabajo Social Sanitario.**

En esta investigación debemos abordar la diferencia entre ambas disciplinas, entendiéndolo, y según Regalado (2017) en su blog, aporta la siguiente diferencia:

(...) el Trabajo Social Clínico es una especialidad del Trabajo Social, ejercida por un profesional formado y capacitado para prestar servicios de diagnóstico, tratamiento, prevención y apoyo profesional a individuos, familias y grupos, cuyo bienestar está amenazado por estrés social o psicológico, problemas de salud mental (...) y el Trabajo Social Sanitario es la especialidad que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario en la atención primaria, la atención sociosanitaria o la atención especializada (...).

En la investigación que nos ocupa, nos centraremos en el Trabajo Social Sanitario, ya que los posibles casos de violencia obstétrica se darían en la atención primaria y/o especializada. Según Lima (2017), en el Consejo General de Trabajo Social<sup>15</sup>, se creó un decálogo para la coordinación de la atención sociosanitaria en el año 2014 junto con la Asociación Española de Trabajo Social y Salud (1984). Fue realizado por profesionales de la disciplina en el ámbito de los sistemas públicos de servicios sociales y salud.

Se inició en el año 2013, y se basaron en diferentes informes<sup>16</sup> del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Hay que destacar de este decálogo que la atención sociosanitaria es resultado de coordinar servicios y recursos de los sistemas de salud y servicios sociales. La atención a las personas ha de ser integral ya que, si en algún momento de la vida de las personas necesitan recibir atención social y sanitaria, debe hacerse de forma coordinada, ya sea una atención temporal o permanente. Cada sistema asistencial contiene carteras y catálogos de servicios con requisitos básicos comunes, aunque cada Comunidad Autónoma tiene diferentes maneras de actuar (Hidalgo y Lima, 2017).

---

<sup>15</sup> En adelante reconocido por las siglas CGTS (1982), es la continuación de la Federación Española de Asistentes Sociales que fue fundada en 1967. Está formada por 36 Colegios Oficiales de Trabajadores/as Sociales de España y a éste pertenecen aproximadamente 40.000 Trabajadoras/es Sociales de todo el Estado español.

<sup>16</sup> Informe de atención sociosanitaria (2013), el Modelo de atención y coordinación sociosanitaria (2014), y, el Documento Base para una Atención integral Sociosanitaria (2015). La creación del decálogo es un instrumento indispensable para cualquier dispositivo, servicio, prestación o recurso sociosanitario.

El Comité de Expertas en Trabajo Social Sanitario de la Comunidad de Valencia, creó una guía de intervención sanitaria para esta disciplina, donde definieron las **funciones** de un/a Trabajador/a Social en el ámbito sanitario indicando que son muy diversas. Ante todo, son profesionales que forman parte de un equipo multidisciplinar, donde, se informan y diagnostican carencias y necesidades sociales que tienen que ver con el proceso de salud y/o enfermedad de las personas que acceden a instituciones sanitarias. Las acciones que consideran se llevan a cabo son de investigación, de planificación y programación, de prevención y asesoría social, de gestión de recursos sociales y /o sanitarios orientado a la recuperación de la salud y a la participación de las personas, grupos y comunidades. Realizan atención directa de pacientes, para complementar el diagnóstico de salud, con el social y que tiene su punto culminante en la gestión de casos. También llevan a cabo funciones como las de docencia a nuevos/as profesionales tanto de trabajo social como de otros/as profesionales del ámbito sanitario, para que, incorporen la visión social que los diagnósticos y la resolución de problemas que puedan tener las personas que acudan a este servicio.

Se realizan entrevistas con personas accidentadas y enfermas para acercarse a sus problemas e intentar resolverlos; aportar información sobre los derechos que tienen como pacientes y obligaciones; facilitar al equipo médico información sobre la problemática social que el o la paciente esté pasando, así como su capacidad de adaptación al medio hospitalario; facilitar y realizar las gestiones precisas relacionado con la percepción de prestaciones, reclamaciones y/o quejas...etc.

En nuestra Comunidad Autónoma, es la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias (1994) la que regula la atención sanitaria, incluyendo la Atención Primaria de Salud, que con el Decreto 117/1997, que desarrolla el Reglamento de Organización y funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud, recoge los y las profesionales de la atención primaria, incluyendo a los y las Trabajadores/as Sociales. Actualmente, las personas tienen necesidades de distinta índole, y, no pueden ser atendidas en su totalidad por los servicios sanitarios, sino que intervienen en ella otros sistemas. Es cuando, el término de coordinación sociosanitaria<sup>17</sup> y el trabajo en equipo son conceptos clave.

---

<sup>17</sup> Conjunto de acciones llevada a cabo por los/as profesionales encaminadas al Rol de la Trabajadora Social o el Trabajador Social en Atención Primaria de la Salud. Estas acciones son organizar las actuaciones de los sistemas sanitarios y sociales, para ofrecer una respuesta integral a las necesidades sociales y sanitarias que se presentan simultáneamente en las personas (Ituarte y Tellaache,1995).



#### **4.2. Actuación desde el Trabajo Social en la atención y prevención de la violencia obstétrica.**

La disciplina del Trabajo Social combina la atención de lo sanitario con lo social, dando lugar a un tercer elemento que integra y permite ver a la persona como un todo y no como la suma de partes (Colom, 2010, p.111). En principio, es de vital importancia analizar qué tipo de relación o relaciones se llevan a cabo en las salas donde se atienden a las mujeres que están en un proceso de parto, entre ellas y los equipos sanitarios. Normalmente, se establece una jerarquía de poder donde prima el equipo médico de atención a los partos, presentando estos una posición de privilegio. Estas relaciones también se encuentran transversalizadas por la estructura dominante de género, donde lo relacionado con lo femenino es subyugado por lo masculino.

Arguedas (2014) expone que existe el poder obstétrico, totalmente disciplinario y dentro de la capacidad de reproducción de las mujeres donde se invisibiliza y naturaliza las etapas del parto haciendo aún más difícil la identificación de la Violencia Obstétrica. Ésta, es una vulneración a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y, por ende, a los derechos humanos, y es por este motivo que entendemos fundamental la intervención desde nuestra disciplina en este campo. Por ello, encontramos lo que creemos que es ideal para las intervenciones, pero, en este caso, nada que especifique las funciones y acciones de un/a Trabajador/a Social para actuar en casos de violencia obstétrica como tal.

No obstante, sí que existen protocolos de actuación en casos de mujeres supervivientes de violencia de género, pero, al considerarse la violencia obstétrica como un tipo de violencia simbólica no se trata ni se actúa como tal. Con la creación de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, la inclusión del diagnóstico y la atención a la violencia de género en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud a través del Real Decreto 1030/2006, y, la aprobación en 2007 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, se entiende que el sistema sanitario español ocupa un lugar de privilegio para la detección de esta lacra. Con el paso del tiempo, se intenta mejorar tanto los protocolos disponibles, como

---

la sensibilización y formación de los y las profesionales del sector. En la actualidad numerosas comunidades autónomas están actualizando sus protocolos con relación a la violencia hacia las mujeres.

Silvestre, Royo y Escudero (2014), exponen que “el trabajo social sanitario es el responsable de abordar los elementos contextuales presentes en el proceso salud/enfermedad en los casos de violencia, aportando la dimensión social a este problema, y que uno de los retos actuales en el trabajo con la violencia de género desde salud, es la importancia de generar dinámicas de trabajo en equipo interdisciplinar”. Tiene que ver con funciones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de tipo y gravedad de maltrato, lo que afecta las acciones violentas a otras personas (sobre todo a menores), búsqueda de alojamiento alternativo si fuera necesario, situación económica, red de apoyo familiar y social, situación emocional...todo esto y más se realiza trabajando con los factores de protección, para reforzarlos y ampliarlos (si se diera el caso).

Desde el sistema sanitario es necesario incorporar la figura del o la Trabajador/a Social en todas las situaciones de intervención con este problema. Asimismo, la violencia de género es una oportunidad para que esta profesión despliegue todas sus potencialidades y ocupe el lugar que merece dentro del sistema sanitario. Robles (2015) expone que, como trabajadores y trabajadoras sociales, tenemos un compromiso con la defensa, reivindicación y promoción de los derechos humanos y sociales. La violencia obstétrica vulnera los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y, por tanto, los derechos humanos. Es por ello, que es muy importante la intervención en estos casos desde la disciplina del Trabajo Social.

## **5. Legislación en materia de violencia de género y violencia obstétrica.**

En materia de Violencia de Género en España encontramos la siguiente legislación y acuerdos:

- *Ley orgánica 1/2004 de medidas de protección integral:* Norma jurídica esencial para la erradicación de la violencia sobre las mujeres. Señala los objetivos a conseguir, así como las distintas medidas en educación, publicidad, sanidad, etc. Determina las funciones de los juzgados de violencia sobre la mujer, los delitos

de violencia de género y sus sanciones, etc. El preámbulo y los tres primeros artículos son fundamentales para entender esta importante ley.

- *Ley 27/2003 sobre la Orden de protección*: Pone en marcha esta importantísima medida para las mujeres víctimas de violencia de género. Determina el procedimiento a seguir.
- *Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*: Conjunto de normas jurídicas para tratar de alcanzar una igualdad efectiva entre hombres y mujeres.
- *Protocolo de actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado*: Protocolo de actuación y de coordinación con los órganos judiciales para la protección de las víctimas de violencia doméstica y de género.
- *Guía de criterios de actuación judicial frente a la violencia de género (consejo general del poder judicial) 2013*: Índice de normas Internacionales, Nacionales y Autonómicas que establecen unidades policiales con formación específica en violencia machista que presten atención las 24 horas del día todos los días de la semana es una de las 200 medidas incluidas en el pacto de Estado en materia de violencia machista aprobado por unanimidad en el Congreso. Las medidas que han acordado los grupos parlamentarios de la Cámara Baja con una dotación presupuestaria de 1.000 millones de euros en cinco años. El acuerdo articula sus recomendaciones en 10 ejes de actuación: sensibilización y prevención; mejora de la respuesta institucional; perfeccionamiento de la asistencia de las víctimas, protección de los menores, impulso de la formación de los agentes implicados, mejora del conocimiento de este fenómeno, atención a otras formas de violencia contra la mujer, compromiso económico y seguimiento del pacto.

En Canarias, se dispone de dos instrumentos normativos fundamentales en la lucha con la violencia de género: la Ley 16/2003, de 8 de abril, de prevención y protección integral de las mujeres contra la violencia de género y la Ley 1/2010, de 26 de febrero, de igualdad entre mujeres y hombres, cuya implantación se desarrolla en la Estrategia para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2013-2020 del Gobierno de Canarias. Asimismo, el Gobierno ha regulado de forma específica el procedimiento de concesión de ayudas económicas a las mujeres víctimas de violencia de género:

- *La Ley 16/2003, de 8 de abril, de prevención y protección integral de las mujeres contra la violencia de género*: Establece y ordena el sistema canario de prevención y protección integral de las mujeres contra la violencia de género, encomienda a la Administración de la Comunidad Autónoma, entre otras, funciones como la ordenación normativa del sistema canario integral de prevención y protección de las mujeres contra la violencia de género, así como de los servicios, funciones y centros que lo integran o la prestación, con carácter subsidiario, de servicios, funciones y gestión de centros de competencia insular o municipal, cuando los mismos no hayan sido asumidos por estas últimas administraciones o los presten de forma deficiente.
- *La Estrategia para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2013-2020 del Gobierno de Canarias*: Desarrolla la implantación de las medidas contempladas en la *Ley 1/2010, de 26 de febrero, canaria de igualdad entre mujeres y hombres*. Uno de sus ejes está dedicado a la Prevención y Eliminación de la Violencia de Género. El objetivo de este eje se contempla como uno de los principios generales que informan la actuación de la Administración pública “la obligación de diseñar, presupuestar y poner en marcha sistemas de protección, información y acompañamiento a todas las mujeres víctimas de la violencia de género, facilitando la coordinación de los distintos cuerpos y fuerzas policiales que operan en Canarias en el ejercicio de las funciones que legalmente les corresponden”.

En la búsqueda de legislación específica que contemple el reconocimiento legal de la violencia obstétrica como tal, no existe. Hay diferentes legislaciones autonómicas donde se pueden encontrar aspectos relacionados con la defensa del proceso natural del parto. El Ministerio de Sanidad y Consumo, publica en 2007, la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, donde reflejan directrices para personal sanitario en la atención a los partos normales, documento que desarrolla acciones para garantizar la no violencia.

Según la abogada Guillén (2015) de la Sección Legal de la Asociación El Parto es Nuestro, expone que:

Las prácticas obstétricas más habituales consideran, por lo general, que las mujeres no adoptamos decisiones informadas, sino que tenemos simples “preferencias”, que pueden ser graciosamente concedidas o rechazadas por

el médico. Se nos excluye, por tanto, de las normas sobre consentimiento informado recogidas en la legislación nacional y en los convenios internacionales. En lugar de utilizar el concepto legal de “toma de decisiones libres e informadas” que recoge la vigente Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se usan expresiones que rebajan el poder de decisión de la mujer como “participar en la toma de decisiones” o “las decisiones se adoptarán de forma conjunta entre el médico y la paciente” o “se informará siempre a la paciente con carácter previo a la realización de...”.

Lo que sucede dentro de un paritorio, si ocurrieran lesiones graves físicas para la mujer en su proceso de parto, sí que serían denunciables porque sería visible. En el caso de la violencia obstétrica es complicado de demostrar. Los posibles casos que fueran denunciados por mala praxis obstétricas normalmente son realizados por personas expertas en negligencias médicas, y, quizás no entrarían a valorar ninguna cuestión relacionada con la discriminación por razón de género. Así pues, lo más relacionado con posibles denuncias ante estos casos, nos podemos amparar en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Ley 14/1986 General de sanidad, Ley 33/2011 Ley General de salud pública, Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del código penal y la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

En comparación con otros países, destacar que como referente en el desarrollo normativo regulador de los derechos que las mujeres poseen en relación al embarazo, parto y postparto, se puede hacer referencia a la primera ley, de la que se tiene constancia, que específicamente se ocupa de regular la denominada violencia obstétrica dentro un marco jurídico, y ésta fue la aprobada en Venezuela, primer país del mundo en emplear el término “*violencia obstétrica*” en el año 2007, dentro de “*La ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*”. En Argentina existe la Ley 25.929 del 25 de agosto de 2004 (B.O. 21/10/2004), de Protección del Embarazo y del Recién Nacido, conocida también con el nombre de “*Ley de Parto Humanizado*” y que, en 2009, nuevamente en Argentina, fue aprobada la Ley 26.485 o “*Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres*”

*en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*”. En abril de 2014, en México reconoció expresamente el esfuerzo para erradicar la violencia obstétrica como un desarrollo a favor de la igualdad de género.

## **6. Objetivos**

1. Conocer la relación entre la Violencia Obstétrica y la Violencia de Género.
2. Identificar los factores que producen la Violencia Obstétrica, así como los/as principales agentes que la ejercen.
3. Describir y analizar la actuación del y/o la Trabajador/a Social con pacientes víctimas de la Violencia Obstétrica.

### Cuestiones de investigación

1. ¿Qué tipos de violencia existen en pacientes víctimas de la Violencia Obstétrica?  
¿Tienen relación con la desigualdad de género?
2. ¿Cuáles son los factores que influyen a nivel institucional como personal en la existencia de la Violencia Obstétrica?
3. ¿Qué barreras existen desde la disciplina del Trabajo Social respecto a la atención de pacientes víctimas? ¿Qué acciones de prevención se proponen para la prevención de la Violencia Obstétrica?

## **7. Método.**

### **7.1. Diseño.**

En este estudio se utiliza un enfoque principalmente cualitativo, ya que trata de conocer desde la perspectiva de las mujeres pacientes que hayan estado, o estén siendo víctimas de acciones relacionadas con la violencia obstétrica. La falta de información a las mujeres en sus procesos de gestación y partos, el posible trato paternalista o despectivo, el abuso de la medicación o la carencia de protocolos hace que muchas de ellas creen que son situaciones normales que hay que vivir en estas etapas, ya que se confía en el personal sanitario porque se supone que nos atienden de la mejor manera

posible, sin saber que quizás esas formas o no son las correctas, o son contrarias a la evidencia científica y a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad.

Por tanto, desde este enfoque, y, como principal herramienta para cumplir objetivos del estudio permite una aproximación personal a las realidades que son analizadas. Es de gran utilidad por diversos motivos:

- Se estudian aspectos relacionados con la privacidad y la intimidad de las mujeres, muestran vivencias, sentimientos y experiencias muy personales en momentos y etapas importantes para su vida como es un embarazo y un parto a buen término.
- Se trata de un campo que pocas referencias de consulta existen para poder actuar.
- Las mujeres pacientes víctimas de la violencia obstétrica siguen estando invisibilizadas ya que no hay estudios que “cuantifiquen” estos posibles casos, debido, como hemos explicado con anterioridad, a la relación con una violencia simbólica difícil de identificar y de denunciar.

Se utilizará la entrevista semiestructurada, que es una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos. Presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a las personas entrevistadas. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse con enormes posibilidades para motivar al interlocutor/a, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (Díaz-Bravo et al. 2013). Se realizarán a mujeres que hayan tenido hijos o hijas tanto en hospitales públicos o privados, a profesionales del sistema sanitario (médicos/as, enfermeros/as, auxiliares...), Trabajadores/as Sociales del ámbito de la salud (en concreto de hospitales y/o centros de salud), y abogados/as de la isla de Tenerife.

## **7.2.Muestra.**

Según la Asociación “El Parto es Nuestro”, y a través de una Campaña realizada el 25 de noviembre de 2017, denuncian que las mujeres sufren violencia obstétrica durante la etapa del embarazo, parto y postparto. Las cifras que aportan son unas 49.000 cesáreas innecesarias al año y unas 117.000 episiotomías que no eran necesarias de realizar, unido a más porcentajes de otras intervenciones innecesarias en diferentes

etapas de gestación y trabajo de parto. Para cuantificar una población determinada como son mujeres víctimas de la violencia obstétrica es prácticamente imposible, ya que no hay ningún dato concreto de denuncias en España por este tipo de violencia invisibilizada. Lo que sí es cuantificable en este estudio serían los números de intervenciones en hospitales públicos y privados que se llevan a cabo en un año y por Comunidades Autónomas.

En lo referente al muestreo, y según Ruiz (2012, p.64), el aplicado ha sido intencional. De esta manera, se han escogido personas que cumplen con las características del estudio, es decir, mujeres que estén en la última etapa de la gestación y hayan tenido hijos/as en hospitales públicos o privados, profesionales de la sanidad pública y/o privada, Trabajadoras y Trabajadores Sociales del ámbito de la salud y abogados/as.

El uso del muestreo es no probabilístico y por “bola de nieve” (se localiza a algunas personas, los/as cuales conducen a otros/as, y estos a otros/as, y así hasta conseguir una muestra suficiente), y tuvo el comienzo varios puntos de partida. Por un lado, y dando la importancia que merece ya que son las mujeres las protagonistas de este estudio, se comenzó por entrevistar a mujeres que estuvieran en la última etapa de gestación y mujeres que tengan hijos/as y su trabajo de parto haya sido en hospitales públicos y /o privados de la isla de Tenerife. Por otra parte, se contactó con personas clave del ámbito de la salud como son: Trabajadores/as Sociales de hospitales y Centros de Salud, sanitarios/as de hospitales públicos y privados (auxiliares de enfermería, enfermeras/os y obstetras) y abogados/as (en este caso, se ha contactado con una abogada civilista procesalista y un abogado y abogada penalista de oficio).

En definitiva, el número total de personas participantes queda definido de la siguiente manera:

- Mujeres participantes: 28.
- Abogadas/o: 3.
- Trabajadoras Sociales: 3.
- Personal Sanitario: 8 (siendo cuatro auxiliares de clínica, una enfermera, una técnica de transporte sanitario y dos obstetras de un hospital público de Tenerife).



### 7.3. Técnicas e instrumentos.

La recogida de datos se realiza mediante método cualitativo, donde se utiliza la entrevista<sup>18</sup> como técnica de recogida de datos, siendo ésta definida, y según Herrera (2015, p.64) como “la obtención de información a partir de una interacción comunicativa dialógica entre el investigador y el sujeto”. En este caso, se trata de una entrevista semiestructurada que tiene como instrumento el guion de preguntas que la componen, y, dirigida a diferentes tipos de población como anteriormente se ha indicado. Su estructura se basa en un proceso que parte desde:

- *En el caso de las mujeres entrevistadas:*

- Perfil de las mujeres embarazadas y/o que hayan tenido hijos/as.
- Mensajes, actitudes y formas de tratar a las mujeres por parte del personal sanitario.
- Información del proceso previo al parto. Plan de parto.
- Trabajo de parto.
- Conocimiento del concepto de Violencia Obstétrica.

- *En el caso del personal sanitario:*

- Condiciones de empleo.
- Relaciones con las pacientes gestantes o en el trabajo de parto.
- Conocimiento del concepto de Violencia Obstétrica.
- Conocimiento de posibles casos de Violencia Obstétrica.
- Trabajo de parto.
- Propuestas de intervención para la prevención.

- *En el caso de las Trabajadoras Sociales:*

- Funciones en el ámbito de la salud.
- Conocimiento del concepto de Violencia Obstétrica.
- Legislación.
- Conocimiento de posibles casos de Violencia Obstétrica.
- Intervenciones profesionales con mujeres y propuestas.

---

<sup>18</sup> Ver anexo A. Modelo de entrevista semiestructurada (guion de preguntas).

- *En el caso de los abogados/as:*

- Condiciones de empleo.
- Conocimiento del concepto de Violencia Obstétrica.
- Legislación.
- Conocimiento de posibles casos de Violencia Obstétrica.
- Propuestas de intervención.

Las entrevistas se llevaron a cabo en diferentes sitios: en el caso de las mujeres, en un espacio privado siendo la vivienda de ellas, o, compartiendo en un lugar público como fue alguna cafetería; en el caso del personal sanitario, en su lugar de trabajo o en la cafetería de los hospitales; en el caso de las Trabajadoras Sociales se realizaron en el despacho de ellas y en el caso de las/o abogadas/o también su lugar de trabajo.

La técnica de análisis de contenido para las entrevistas, y según Abela (2002), se desarrolla mediante una estrategia llamada “análisis de contenido clásico” siendo definida como “la lectura (textual o visual) de recogida de información, que, a diferencia de la lectura común, debe realizarse siguiendo el método científico, es decir, debe ser, sistemática, objetiva, replicable, y válida. Tanto los datos expresos (lo que el autor dice) como los latentes (lo que dice sin pretenderlo) cobran sentido y pueden ser captados dentro de un contexto”.

#### **7.4.Procedimiento.**

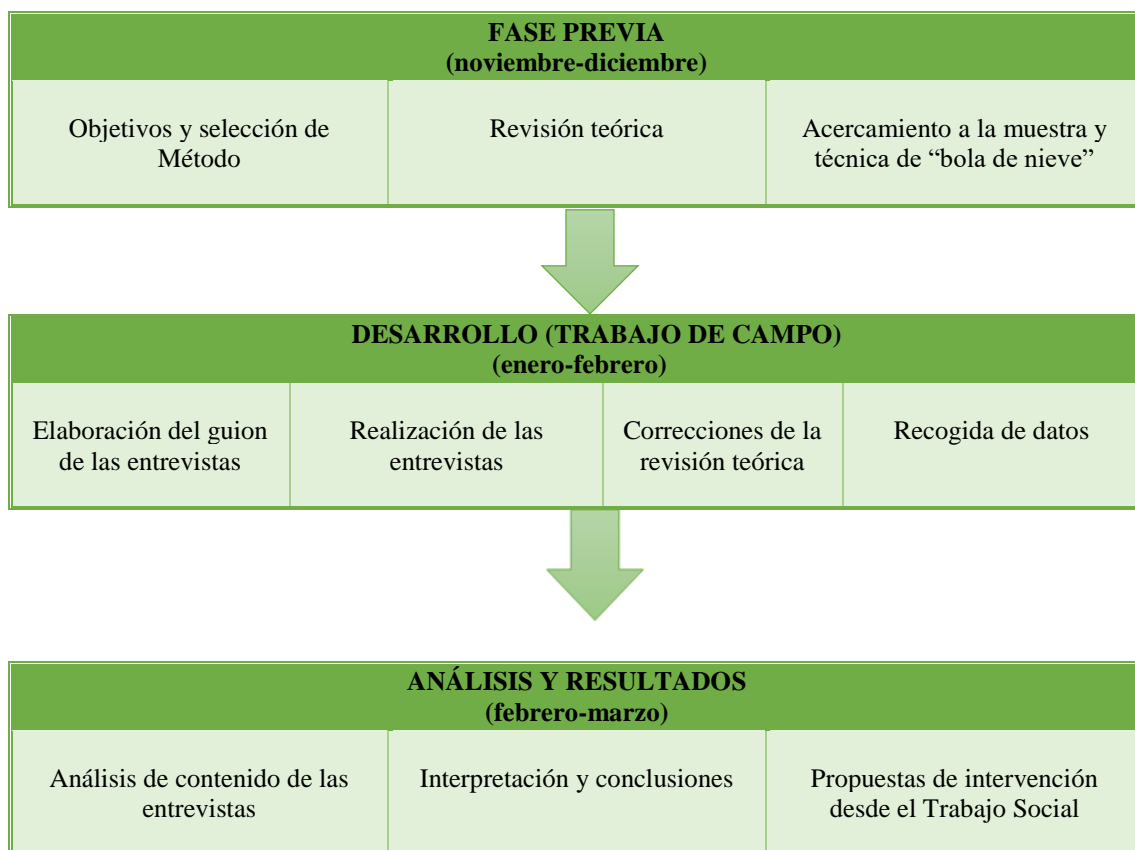
El desarrollo de este estudio consta de tres etapas: la etapa previa, el trabajo de campo y el análisis y los resultados.

En la fase previa, se definieron los objetivos y el método del estudio, realizando a la par una revisión teórica, documental, legislativa y de antecedentes sobre investigaciones acerca de la temática de la Violencia Obstétrica, tanto en España como a nivel Internacional, y, por último, se realizaron los primeros acercamientos a los dos hospitales públicos de Tenerife (Santa Cruz y La Laguna) y uno privado ubicado en el Puerto de la Cruz, así como un Centro de Salud ubicado también en La Laguna para conseguir informantes claves. Con ello, y posteriormente, dar forma a la investigación y establecer una muestra inicial.

En la fase de trabajo de campo, se elaboraron las entrevistas semiestructuradas y la aplicación de estas. Seguidamente, se describe cómo se aplicó cada entrevista. Estas se realizaron a la muestra inicial y desde los puntos de origen de la “bola de nieve” y no fue necesaria la reformulación o modificación de las mismas.

La última fase de análisis y resultados se realiza mediante el análisis de contenido de las entrevistas junto con los datos de la revisión teórica, permitiendo así obtener una interpretación y conclusiones de estos datos de acuerdo con los objetivos planteados. Por otro lado, y como parte importante del estudio, se dan diversas propuestas desde la disciplina del Trabajo Social sobre las acciones para llevar a cabo con mujeres que sean posibles víctimas de la Violencia Obstétrica. En la tabla 1 que se muestra a continuación, podemos observar el procedimiento del estudio.

Tabla 1: Procedimiento de la investigación.



## 8. Resultados y análisis.

Como se ha nombrado anteriormente, las entrevistas se han desarrollado desde cuatro puntos de vista, que enriquecen el estudio desde diferentes perspectivas. Uno de ellos y de los más importantes es el de las mujeres que han pasado por un proceso de gestación y trabajo de parto, a continuación, la visión de varios/as profesionales del sistema sanitario que han tenido relación con mujeres en su proceso de gestación y partos, seguidamente la perspectiva de Trabajadoras Sociales de un Centro de Salud y dos hospitales públicos y, finalmente, la opinión de dos abogadas y un abogado acerca de la temática en cuestión.

### 8.1. Entrevistas a las mujeres.

Han participado un total de veintiocho mujeres que han tenido hijos e hijas en hospitales públicos y privados. En primer lugar, se realizaron preguntas acerca del perfil de las mujeres como es la edad que tenían cuando tuvieron a sus hijos/as, si se sometieron a algún tipo de tratamiento de reproducción, su orientación del deseo y si habían parido en hospitales públicos o privados. La media de edad de las mujeres entrevistadas se encuentra en los 30 años, la mayoría son heterosexuales y, nueve de ellas se han sometido a un proceso de reproducción asistida. Todas, excepto dos, han tenido a sus hijos/as en hospitales públicos de Tenerife.

*Quizás me hubieran tratado mejor si hubiera parido en un hospital privado, o quizás también dejasen de preguntarme por qué no me quedé embarazada de un hombre que era mucho más fácil que hacerlo a través de la inseminación, pagando seguramente hubiera evitado algún comentario que otro (Entrevista 5)*

*Mira yo sé de amigas que les han puesto hasta hilo musical en el privado, o simplemente se han dirigido a ellas de “usted” o por el nombre, tendrá algo que ver que pongas dinero por delante (Entrevista 15).*

Las mujeres que han parido en hospitales privados manifiestan que las han tratado de forma “*exquisita y como reinas, no tengo queja alguna*” (Entrevista 21). En

cambio, una gran mayoría de las entrevistadas que han parido en centros públicos, muestran su desagrado acerca sobre todo del trato de algunas personas concretas del personal sanitario. Así mismo, algunas de las mujeres entrevistadas con parejas del mismo sexo han manifestado, y comparándose con conocidas heterosexuales, que recibían comentarios y miradas discriminatorias hacia ellas o sus parejas, pero que lo dejaban pasar para no tener problemas ni discusiones.

En el siguiente apartado, las preguntas van dirigidas hacia mensajes, actitudes y formas de tratar a las mujeres por parte del personal sanitario que las atendía. En la etapa de revisiones y seguimiento, todas coinciden en que fueron informadas de cada prueba excepto tres de ellas que tenían que buscar en internet ya que se ponían nerviosas y no preguntaban dudas. Sobre las clases parto la mayoría manifiesta que no les sirvió de nada acudir a ellas.

*¿Las clases esas? Nada, para ver videos de partos, o ponerme con una pelota a dar tumbos de lado a lado para eso no iba mejor, dos o tres veces creo que dos meses me dijeron como tenía que respirar (Entrevista 18).*

*Sí me sirvieron para hacer amigas e irme a tomar el cortado de descanso (Entrevista 4).*

*A mí me gustaron y a mi marido también porque nos ayudó en el momento del parto, aunque de todo no nos acordamos claro (Entrevista 11).*

Sobre los momentos previos al trabajo de parto, prácticamente todas las mujeres manifiestan que fueron informadas de todos los pasos, pero, sí que notaban en ciertas ocasiones como se dirigían a ellas “como si fuera una niña de 6 años o menos (Entrevista 7)”. En alguna ocasión les decían “gordita” o “a ver cómo tienes la cosita ahí debajo ahora (Entrevista 12)”, o en muchos momentos, se dirigían a las parejas masculinas (maridos o novios) para explicar ciertos pasos y ellas quedaban a la espera de la explicación directa.

*Yo no sé si a veces pensaba que era un ser sin vida ahí postrada en una cama porque es que todo se lo explicaban a él...y yo eh...perdona que siga aquí y tal (Entrevista 16).*

En cuanto a la lactancia materna y las posibilidades de la lactancia artificial, las mujeres comentan que sí fueron informadas de cómo realizarla y que recibieron

consejos útiles acerca de los beneficios de hacerlo. Cuatro de ellas dijeron que optarían por la lactancia artificial y no fueron juzgadas, sino informadas de marcas concretas que eran mejores para recién nacidos/as.

En el siguiente apartado de la entrevista, las mujeres son preguntadas sobre tipos de intervenciones que se concretan en los protocolos de parto, y, que en algunas ocasiones, son innecesarios en recomendaciones de partos humanizados, tal y como vemos en la tabla 2.

Tabla 2: Cuadro resumen de intervenciones en el trabajo de parto y respuestas más destacadas de algunas mujeres.

<b>TIPOS DE INTERVENCIONES</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>Rasurado genital</b>	La mayoría fueron rasuradas.  <i>“Me dijeron que era mejor para parir”</i> <i>“No me preguntaron nunca si quería”</i> <i>“Era mejor estar rasurada para que los bebés salgan mejor”</i> <i>“Me rasuraron por higiene según ellos”</i>
<b>Estar acostada en cama</b>	A todas les dijeron que estuvieran mejor acostadas, aunque podían levantarse si querían puntualmente.  <i>“Era mejor para preparar el cuerpo”</i> <i>“Así estaba más relajadita”</i> <i>“Si me dolía, era mejor para agarrarme”</i> <i>“Para no molestar a la compañera de cuarto”</i>
<b>Uso de enemas</b>	Sólo a tres de las mujeres se les aplicó un enema.  <i>“Con los dolores que tenía, me sentó fatal que me lo pusieran”</i> <i>“Será que, si ellos lo ponen, es por algo”</i> <i>“Imagino que fue para evitar que me hiciera encima mis necesidades mientras paría”</i>
<b>Aplicación de goteos para agilizar el trabajo de parto</b>	A 22 de las mujeres les aplicaron oxitocina para agilizar el parto.  <i>“No entendí nunca que prisa había”</i> <i>“Si ponían el goteo, será que era porque había que ponerlo (...)”</i> <i>“¡Creo que sin goteo hubiera estado más tranquila, fuerte tormento!”</i> <i>“Un poco más y no me dejan como un colador”</i>
<b>Uso de epidural</b>	Sólo dos de las mujeres no parieron con la ayuda de la epidural.  <i>“Me dijeron que no me dolería (...)”</i> <i>“No me hizo falta, mi parto fue más rápido”</i> <i>“Se me pasó el efecto rápido, total no me la hubiera puesto”</i>

	<p><i>“No había escuchado contraindicaciones y accedí (...)”</i></p>
<p><b>Rotura de bolsa artificial</b></p>	<p>Cuatro de las mujeres se les aplicó esta técnica.</p> <p><i>“En mi caso con la cesárea me la rompieron”</i>  <i>“Tenía contracciones dolorosas y prefirieron romper la bolsa (...)”</i>  <i>“No entendía por qué la tenían que romper, pero será algún protocolo establecido”</i></p>
<p><b>Presión del abdomen en el pujo</b></p>	<p>Ninguna de las mujeres experimentó esta técnica en el momento del parto.</p>
<p><b>Uso de Fórceps/Ventosas para extraer al bebé</b></p>	<p>A trece de las mujeres les extrajeron a sus hijos/as con ayuda de este instrumental.</p> <p><i>“Como no salía, usaron esos “alicates” para sacar a mi bebé”</i>  <i>“Parece que tenían prisa para que saliese porque yo estaba tan tranquila pariendo a mi ritmo (...)”</i>  <i>“(...) y se le deformó un poco el cráneo a mi bebé, imagínate lo mal que lo pasamos, pero se supone que era normal (...)”</i>  <i>“Gracias a esas cosas sacaron a mi bebé antes de que le pasase algo”</i></p>
<p><b>Tactos vaginales reiterados y por personal sanitario diferente</b></p>	<p>A todas las mujeres se les realizaron tactos vaginales reiterados para medir la dilatación. Algunas sí manifiestan que fueron revisadas por varias personas diferentes.</p> <p><i>“En todo momento me hicieron los tactos vaginales la misma persona”</i>  <i>“Estaba harta ya de tanto tacto, pero imagino que era el protocolo”</i>  <i>“Tactos no, pero si estaba harta de que varios estudiantes estuvieran mirando y no me preguntaron ni si quería que estuvieran (...)”</i>  <i>“Mi parto, entre otras cosas parecía una plaza de feria con tanto espectador (...)”</i></p>
<p><b>Episiotomía</b></p>	<p>A 20 de las mujeres se les practicó esta intervención. A 16 de ellas, no se les preguntó en ningún momento si se les podía practicar.</p> <p><i>“(...) ni lo noté, como si me cortaban entera”</i>  <i>“Era necesario??en serio? ¿sabes lo que me costó curarme de esa cicatriz?”</i>  <i>“Sabía que lo harían, pero al menos preguntar”</i>  <i>“Sigo sin recibir una explicación de por qué me tenían que cortar, mi hija estaba saliendo perfectamente a su ritmo”</i>  <i>“Me costó recuperarme, pero si era necesario...lo era ¿no?”</i></p>
	<p>A ocho de las mujeres se les realizó este tipo de intervención. Seis de ellas fueron cesáreas programadas, y dos de urgencia.</p> <p><i>“Traía gemelas, y venían prematuras, era lógico”</i></p>

<b>Cesáreas</b>	<p><i>que me la hicieran”</i></p> <p><i>“(…) y después de tenerme con oxitocina casi 49 horas deciden una cesárea porque mi hijo estaba sufriendo, en fin…”</i></p> <p><i>“Yo prefería cesárea, estaba segura de que no iba a dilatar, lo sabía”</i></p> <p><i>“Prefería parir por la vagina la verdad, pero surgieron así las cosas”</i></p> <p><i>“¿En el privado? No sufrí de ningún dolor, me ofrecieron la cesárea antes de meterme no sé cuántas horas con goteo, fue fantástico”</i></p>
-----------------	---

Las mujeres que realizaron un plan de parto en sus clases preparto comentan que no se llevaron a cabo en ningún momento, no entienden el objetivo que tiene hacerlo ni para qué, si luego en los hospitales no se cumplen. Creen que hay una falta de coordinación enorme entre los equipos que asisten a los partos con los equipos de los Centros de Salud que manejan esto.

Avanzando en la etapa de trabajo de parto, y ya centrándonos en el momento de este, se les preguntó a las mujeres sobre acciones determinadas que se llevan a cabo, quedando de la siguiente manera un resumen de las respuestas más destacadas, tal y como observamos en la tabla 3.

Tabla 3: Cuadro resumen de acciones en el momento del parto y respuestas más destacadas de algunas mujeres.

<b>ACCIONES EN EL PARTO</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b><i>Obligación de parir acostada, opciones de otra posición, información de los pasos a seguir</i></b>	<p>Todas las mujeres realizaron su trabajo de parto, acostadas, excepto una que lo hizo de “cuclillas” en el suelo. La gran mayoría sí recibieron información de cada paso que se estaba dando.</p> <p style="text-align: center;"><i>“Ah, pero ¿había otra opción”</i></p> <p><i>“Me dijeron que lo mejor es parir acostada, yo había leído que no, que era mejor semisentada o de cuclillas, pero me dijeron allí que no (..)”</i></p> <p><i>“Pedí hacerlo sentada o incluso hasta de pie siguiendo el canal de parto natural, pero no me dejaron”</i></p> <p style="text-align: center;"><i>“Que yo sepa no había otra opción”</i></p> <p><i>“Estuve acostada sí o sí porque fue cesárea”</i></p> <p><i>“Después de pedirlo mil veces pusieron pañales y apósitos en el suelo y parí en cuclillas mientras mi novia me estaba agarrando, fue maravilloso, pero sé que a otras mujeres se lo impiden”</i></p>



<p><b><i>Acompañamiento por pareja, familiar u otra persona elegida por la mujer</i></b></p>	<p>Las mujeres a las que se les hizo cesárea no pudieron estar acompañadas en el momento del parto, las demás no tuvieron problema. En el caso de dos mujeres con pareja de su mismo sexo, manifiestan que se sintieron discriminadas porque relacionaban a sus parejas con “amigas” y no se dirigían a ellas como las otras madres del recién nacido.</p> <p><i>“(…) y como lo oyes, que si tu amiga, que si tu amiga...perdón no es mi amiga, es mi mujer y la otra madre del bebé...pero bueno calladas”</i></p> <p><i>“Si pudimos estar todo el tiempo juntos, y menos mal porque fue más fácil todo”</i></p> <p><i>“Fue genial porque al parir de noche y estar quirófanos vacíos, dejaron entrar a una hermana con mi marido y fue precioso (…)”</i></p> <p><i>“A última hora tuvo que salir porque fue cesárea de urgencia”</i></p>
<p><b><i>Contacto piel con piel con el/la bebé</i></b></p>	<p>En todos los casos de una forma u otra, tanto a las mujeres como a sus parejas se les dejó el contacto piel con piel del/la recién nacido/a, aunque alguna mujer comenta que tuvo que pedirlo en reiteradas ocasiones mientras el equipo médico charlaba de otras cosas.</p>
<p><b><i>Atención prestada en el momento del parto</i></b></p>	<p>Las mujeres entrevistadas en su gran mayoría han quedado satisfechas con el trato, aunque hay algunos casos que expresan su malestar en el trato general en su momento de parto, como formas de dirigirse a ellas. Exponen que si hubieran sabido algo más sobre tipos de partos hubieran solicitado cosas determinadas, o, las que han sido madres por segunda y tercera vez, sí han exigido cosas que en su primer parto no tuvieron por desconocimiento.</p> <p><i>“Al tiempo leía cosas de cómo parir de manera más cómoda y oye que si lo llego a saber lo exijo”</i></p> <p><i>“En general no tengo queja excepto con alguna enfermera un poco estresada”</i></p> <p><i>“Yo hubiera preferido parir en mi casa”</i></p> <p><i>“Inolvidable y especial”</i></p> <p><i>“Comparándome con amigas que han parido en hospitales públicos, doy gracias por haber pagado por la sanidad privada, fue un lujo (…)”</i></p>
<p><b><i>Derechos vulnerados como mujer y como paciente</i></b></p>	<p>Las mujeres entrevistadas reconocen que quizás en algún momento sus derechos como pacientes han sido vulnerados, sobre todo por el trato recibido, pero dicen que también desconocen qué tipos de derechos tienen como para poder identificarlos. Creen que, a veces, se han sentido “sometidas” a un espectáculo de estudiantes mientras ellas están en un momento muy íntimo.</p> <p><i>“Mientras estaba con los dolores del parto, había unos 5 estudiantes con libretas y mirándome, fue horrible”</i></p> <p><i>“(…) no sé en qué momento ni qué persona nos explica nuestros derechos como pacientes (…)”</i></p> <p><i>“Me trataron de forma correcta, con prisas para todo, pero correctamente”</i></p> <p><i>“En el privado ¿hacen lo mismo que en el público?”</i></p>

Finalmente, la entrevista a las mujeres concluye preguntándoles si tienen conocimiento de lo que es la Violencia Obstétrica y si conocen casos concretos. Sólo dos de las entrevistadas sabían lo que era ya que casualmente trabajan como personal sanitario de un hospital privado, pero comentan que no han conocido casos. Si preguntan qué significa y las características, y sobre todo el por qué se da. En diferentes momentos de las entrevistas, piden tiempo para contestar y reflejan emociones diversas. En general la autopercepción que se tiene del trato y las actuaciones desde el sistema sanitario están carentes de “humanización” según afirman la mayoría de las mujeres entrevistadas.

*Creo que podía haber sido más personal y privado todo el proceso, pero claro, en esos momentos que va a saber una que hacer, en verdad dejas que te hagan sin rechistar por miedo a que le pase algo al bebé (Entrevista 21).*

*(...) pero la violencia obstétrica...? eso hay leyes o algo de lo que una mujer pueda tirar para denunciar? ¿y se denuncia? (Entrevista 28).*

*Si todo tiene un protocolo, imagino que se deberá de cumplir, y que bueno (...) en estos casos poco podemos opinar si no somos médicos, qué vamos a saber nosotras que está bien o qué está mal (Entrevista 2).*

## **8.2. Entrevistas al personal sanitario.**

Las entrevistas para el personal sanitario se han realizado en dos hospitales públicos (Santa Cruz y La Laguna) y uno privado (Puerto de la Cruz). Las personas participantes han sido 8 en total, siendo 4 auxiliares clínicos (tres trabajan en hospitales públicos y una en un hospital privado), una enfermera de paritorio, una técnica de transporte sanitario y dos doctoras (obstetras) de un hospital público. Las preguntas han sido las mismas para las diferentes profesionales, exponiendo a continuación las respuestas más destacadas.

En principio se pregunta sobre las condiciones del empleo, a qué se dedican y los años que llevan trabajando en ese puesto en concreto. Las auxiliares llevan una

media de 10 años en diferentes hospitales, la enfermera ejerce desde hace unos 7 años en ese puesto en concreto y las dos doctoras ejercen desde hace unos 17 años aproximadamente. Todas las personas entrevistadas han tenido relación con mujeres en el proceso de gestación y parto. En la tabla 4 mostramos los resultados.

Tabla 4: Cuadro resumen de las profesiones de los/as entrevistados/as y relación con las mujeres gestantes o en proceso de trabajo de parto.

<b>PROFESIÓN</b>	<b>TIPO DE RELACIÓN E INTERVENCIONES</b>
<b>Auxiliares de clínica</b>	- Atención en las habitaciones (entrega de comidas, cambio de sábanas, limpieza...) - Curas de heridas postparto. - Atención en la unidad de neonatos.
<b>Enfermera</b>	- Atención directa en sala de partos.
<b>Técnica transporte sanitario</b>	- Traslado en varias ocasiones de mujeres en proceso de trabajo de parto hacia los hospitales.
<b>Obstetras</b>	- Proceso de gestación (revisiones y seguimiento). - Unidad de reproducción asistida. - Atención directa en partos.

En el siguiente apartado, se trata el tema del estudio mediante preguntas relacionadas sobre el conocimiento del concepto de Violencia Obstétrica y si creen que tienen relación con la Violencia de Género, tal y como se observa en la tabla 5.

Tabla 5: Cuadro resumen de las profesiones de los/as entrevistados/as y conocimiento de conceptos.

<b>PROFESIÓN</b>	<b>SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA</b>
<b>Auxiliares de clínica</b>	Sólo dos de ellas manifiestan conocer el concepto porque lo han leído en <i>“algún sitio”</i> . Afirman que no se les ha formado en este tema concreto y creen que no tiene mucho que ver con la Violencia de Género.  <i>“Eso debe ser físico sólo hacia las mujeres y realizado por los doctores entiendo”</i> <i>“No creo que tenga que ver con la Violencia de Género, esa es mucho más grave”</i> <i>“Las personas que trabajamos en hospitales no ejercemos ningún tipo de violencia sería delito (...)”</i> <i>“No tengo ni idea de lo que me preguntas”</i> <i>“No tenemos tiempo con toda la carga de trabajo que nos meten a pensar si somos o no delicados con las mujeres, hacemos lo que podemos”</i>
<b>Enfermera</b>	Conoce el concepto porque lo estudió en algún curso, pero no ha conocido ningún caso. No ha percibido en ninguna mujer en los años que lleva ejerciendo, que haya denunciado algo o se le hayan vulnerado sus derechos como paciente y como mujer.

	<p><i>“Yo como mujer no permitiría que se les hablase mal (...) tampoco con la prisa del trabajo y la carga que tenemos estamos muy atentos (...) quizás en algún momento fallemos, pero (...)”</i></p>
<b>Técnica transporte sanitario</b>	No conoce el concepto y nunca lo había escuchado.
<b>Obstetras</b>	<p>Conocen el concepto un poco, manifiestan que a través de dos denuncias han conocido dos casos, pero de agresión a dos mujeres, y hace años, por parte de un obstetra (que despidieron y no saben si ejerce en otro hospital y en la isla). Tienen desconocimiento hacia “tipos” de violencia obstétrica y creen que no se da, y si fuera así, esperan que haya denuncias por parte de posibles víctimas. Afirman que la sobrecarga de trabajo y clases en la ULL hace que no estén al 100% en el buen trato hacia las pacientes, y, suelen pedir disculpas por ello. Sí creen que sea una forma de Violencia de Género. No dan formación en la carrera de medicina acerca de ello, pero sí de aspectos relacionados (planes de parto, derechos de pacientes...)</p>

Sobre las intervenciones directas que se les realiza a las mujeres en el trabajo de parto, todas las personas entrevistadas afirman que las que se hacen, tanto de manera rutinaria como puntuales, son las establecidas en los protocolos, y que siempre, en todos los casos, se les pide autorización a las mujeres para ello, incluyendo si puede haber presencia de estudiantes (no por escrito sino en el momento y hablado). Dependiendo del tipo de parto, pueden estar acompañadas por quienes deseen las pacientes, y, siempre intentan dirigirse a ellas por sus nombres y de forma muy respetuosa. Si se da el caso, y todo es favorable, pueden parir en la posición que estén más cómodas.

*Con la carga de trabajo que tenemos es casi imposible dar una calidad extrema a las mujeres, si fallamos pedimos disculpas y a veces no tenemos tiempo ni para eso (Entrevista 4).*

*De tantas pacientes que hay, a veces no recordamos sus nombres, pero si el número de la cama que es más fácil (Entrevista 6).*

*Los protocolos (...) se cumplen sí o sí, pero cuando no se cumplen, tampoco hemos recibido denuncias por ello porque se sobrentiende que si ha pasado así es por circunstancias (Entrevista 2).*

### 8.3. Entrevistas a las Trabajadoras Sociales.

En el caso de las Trabajadoras Sociales, se lograron entrevistar a tres de ellas, una de un Centro de Salud en La Laguna, otra que ejerce en un departamento de un hospital de Santa Cruz y otra de un hospital de La Laguna, todos de ámbito público. Es importante nombrar la negativa de dos profesionales (de departamentos concretos relacionados con maternidad, ginecología y obstetricia de un hospital), a realizar las entrevistas ya que manifestaron no trabajar directamente con ningún caso de Violencia Obstétrica y no creían que pudieran aportar nada a este estudio.

En principio, a las profesionales entrevistadas, se les preguntó sobre sus funciones relacionadas con el ámbito de la salud y los años que llevaban ejerciendo, que estiman sobre los 10 años. Sobre las funciones, las tres coincidían en algunas tales como la elaboración de programas y planes (anuales, mensuales...), información, orientación, participación en sesiones de discusión de casos clínicos que conlleven una parte social, gestión de proyectos concretos, realizar estudios socioeconómicos cuando sea necesario, derivaciones a otros/as profesionales de otras instituciones, estudios de factores de riesgo y protección relacionados con la salud, planificar intervenciones...La Trabajadora Social del Centro de Salud trabaja de forma directa con menores y embarazos adolescentes y sobre problemáticas sociolaborales con las mujeres y las familias (por ejemplo con la tramitación de ayudas o derivaciones a planes de empleo).

*Aquí hacemos de todo un poco, lo que nos echen encima (Entrevista 3).*

*A veces pecamos de exceso de burocracia (...) y dejamos de lado lo que realmente es importante que son las personas, pero bueno es lo que hay, se pierde calidad (Entrevista 1).*

*A mí lo que más me gusta es el trato con las familias y con los y las pacientes, pero también me gustaría no tener que hacer tanto papeleo (Entrevista 2).*

Seguidamente, entramos en las cuestiones relacionadas con el concepto de Violencia Obstétrica y su relación con la Violencia de Género. Sólo una de las profesionales comentó que sí sabía el concepto, pero ninguna de las tres lo han trabajado como tal en donde están ejerciendo ni se les ha presentado ningún caso. Así

mismo, creen que sí tiene relación con la Violencia de Género, pero no les queda muy claro ya que manifiestan desconocer qué es y cómo se trabaja.

En referencia a la legislación sobre la temática, desconocen si existe alguna ley o normativa. Una de ellas ha escuchado en alguna ocasión que existe “*algo de una estrategia relacionado con el parto (Entrevista 2)*”, pero tampoco lo ha leído, por tanto, no han realizado ninguna derivación a otra institución ni han tenido ningún caso concreto de alguna paciente.

*Entiendo que no hay leyes sobre esto porque habrá casos contados y puntuales, pero lo desconozco (Entrevista 1).*

*¿Hay alguna ley? ¿pero de qué violencia era... (...)? Imagino que si hay algo es sobre derechos como pacientes en la sanidad ¿no? (Entrevista 2).*

*Si es tan importante este tipo de violencia, debería haberla (Entrevista 1).*

Continuando con el siguiente apartado, se exponen cuestiones relacionadas con posibles casos, perfiles de mujeres víctimas y causas y factores que se dan en este tipo de violencia. Las tres personas entrevistadas coinciden en que no han trabajado en ningún caso, tampoco han tenido que dar información sobre la temática porque no se las han solicitado. Creen que las personas que tienen que ver con esto, son los equipos médicos que atienden a las mujeres de manera directa y, en ninguna sesión clínica a las que han asistido recuerdan que se nombrase que se ha producido. No han leído ningún estudio sobre Violencia Obstétrica, aunque les parece “curioso” poder leer algo más sobre el tema. Así pues, sí han leído algún artículo sobre partos humanizados, pero dos de ellas creen que pueden “*entorpecer un poco (Entrevista 1)*” la labor del equipo médico en un momento tan importante donde “*influyen mil factores, como para que la mujer que está de parto también tenga que tomar decisiones, que sí que es importante, pero imagínate que pasa algo... (Entrevista 2)*”.

*¿Hay otros trabajadores sociales que han trabajado esto en otros hospitales? (Entrevista 3).*

*Si ninguna mujer se ha acercado a pedir información será que no les pasa, o quizás les pasa y no saben qué es ¿no? (Entrevista 2).*

*Estaría bien que estemos atentas a las mujeres un poco más, pero ya sabes... (...), nos exigen demasiado y no llegamos a todo (Entrevista 3).*

Para finalizar, las profesionales del Trabajo Social son preguntadas sobre posibles propuestas y recursos sobre las que podrían trabajar con las mujeres, y todas coinciden que es de vital importancia que primero se les forme para ello. Si tienen formación en prevención de violencia de género (una manifiesta que tiene la formación de una asignatura que cursó en un máster años atrás), pero nada específico sobre violencia obstétrica. Proponen trabajar con las mujeres en planta ofreciendo información sobre sus derechos como pacientes y como mujeres en proceso de parto (abordar la estrategia de parto humanizado), talleres formativos al personal sanitario, formalizar las quejas en forma de denuncias para dar más visibilidad y una mejor atención, tanto en el periodo de tiempo que estén en el hospital como a través de un seguimiento cuando regresan a sus casas con los/as bebés.

*Deberíamos incluir esta temática en próximas reuniones (...) con los equipos (Entrevista 3).*

*Desde el Centro de Salud podría comentarlo con las mujeres que van a las clases preparto con la matrona y también formar en este sentido, si tuviera tiempo humano de hacerlo, pero no es imposible (Entrevista 2).*

*Este tipo de entrevistas (...) ¿no es mejor derivarlas a las matronas?, es decir, si ellas localizasen “posibles víctimas” con comentarios de las mujeres y demás estaríamos mejor informadas de que sucede, “si es que sucede” (Entrevista 1).*

#### **8.4. Entrevistas a las abogadas y al abogado.**

Para finalizar con las entrevistas, y enriquecer el estudio, se ha contado con la visión de dos abogadas y un abogado que ejercen en Santa Cruz. Una de ellas es abogada civilista procesalista y las otras dos personas son penalistas de oficio. En principio, y con cuestiones relacionadas con los años que llevan ejerciendo, las tres personas lo hacen desde hace 4 a 6 años aproximadamente. A continuación, abordamos cuestiones relacionadas con el concepto de Violencia Obstétrica, donde exponemos en la tabla 6 la síntesis de sus respuestas.

Tabla 6: Cargo que ocupan las personas entrevistadas y síntesis de sus respuestas.

<b>CARGO COMO ABOGADA/O</b>	<b>RESPUESTAS</b>
<b>Abogada civilista procesalista</b>	<i>“Si, conozco el concepto. En cierta manera, sí. Vivimos en una sociedad marcadamente patriarcal, en la cual, y por desgracia, arrastramos un enfoque de la mujer como un sujeto al que hay que proteger, y cuya voluntad puede ser sustituida (...) y esta violencia que se inicia con suprimir la obtención del consentimiento informado, se materializa en una violencia física ejercida por los propios médicos con sobre medicaciones o practicas sin ese citado consentimiento expreso prestado (...)”.</i>
<b>Abogado penalista de oficio</b>	<i>“Sí. Sí que creo que tiene relación con la violencia de género y puede enmarcarse en la misma; en la medida en que la violencia obstétrica se ejerce contra un grupo determinado por razón de género (mujeres en periodo de gestación y que “dan a luz”, salvo error por mi parte)”.</i>
<b>Abogada penalista de oficio</b>	<i>“Por lo que conozco de este tema, en mi opinión, la consideración como violencia de género no llega a serlo, hay que tener en cuenta que es cierto que se trata de una práctica que se realiza sólo a mujeres..., pero lo veo como una práctica que se ha ido consolidando con los años y que, en la mayoría de los casos, son consentidas por quienes la padecen”.</i>

Sobre el conocimiento de algún tipo de legislación, tanto en España como en otros países, sólo una de las abogadas afirma que sí tiene conocimiento de una ley, pero no específica de Violencia Obstétrica.

*Si, la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Desconozco la normativa internacional sobre este ámbito (Abogada civilista).*

*No. Con relación a Argentina lo conocía por un breve artículo que leí hace un tiempo (Abogado penalista).*

*Desconozco que exista alguna ley sobre esto en España y tampoco en otros países (Abogada penalista).*

Para finalizar, son preguntadas/o si han tenido algún caso concreto de alguna mujer víctima de este tipo de violencia, las tres personas coinciden en que nunca han tenido ninguno. Sobre propuestas de intervención, exponemos en la tabla 7 sus respuestas.



Tabla 7: Propuestas de intervención de las abogadas y el abogado.

<b>CARGO COMO ABOGADA/O</b>	<b>RESPUESTAS</b>
<b>Abogada civilista procesalista</b>	<i>“Mis propuestas irían en la línea de facilitar más información tanto a los médicos, como a los pacientes y darle más peso a la prevención en los propios centros sanitarios estableciendo protocolos estrictos sobre la prestación de consentimiento”.</i>
<b>Abogado penalista de oficio</b>	<i>“Que se realicen cursos de formación en los Colegios de Abogados (...), sea creado un turno de oficio específico en este sector, y para acceder a él, se deban haber cursado y superado estos cursos”</i>
<b>Abogada penalista de oficio</b>	<i>“Habría que estudiar cada caso, tampoco vamos a culpabilizar al sistema sanitario de lo que a ellas les pase cuando quizás no siguen las órdenes que se les dan (...), lo ideal sería comunicar a las mujeres una vez ingresen lo que les puede pasar y lo que van a padecer, informar de los pros y los contras y que firmen los consentimientos (...), una vez se demuestre que no fue consentido lo que se les ha hecho, abrir un abanico de posibles delitos que se han podido dar en la paciente (...) aunque te repito que no creo que esto pase (...)”.</i>

## 9. Discusión.

Observando los resultados y análisis expuestos desde los cuatro puntos de vista diferentes de las entrevistas, y, teniendo en cuenta la revisión teórica y bibliográfica, encontramos diferentes datos y situaciones que coinciden y que se contraponen.

En primer lugar, tal y como vemos en el marco teórico, es notoria la desigualdad de género y la discriminación a través de la naturalización de las diferencias, atribuyéndolas a la reproducción de las mujeres. Se refleja en las experiencias de las mujeres entrevistadas percibiendo esta desigualdad en las prácticas obstétricas que han padecido en sus procesos de gestación y parto que han sido en ocasiones innecesarias y, que se dan habitualmente, contradiciendo las propias experiencias de ellas por lo manifestado en las entrevistas de los/as profesionales del sistema sanitario. Así mismo, la inequidad de género también se refleja en las palabras de las mujeres al contar sus historias. La posición jerárquica de estos/as profesionales da visibilidad, según las entrevistas, a situaciones de desigualdad y formas evidentes de violencia. Desde la visión que han aportado las trabajadoras sociales entrevistadas, el posicionamiento es de adaptación al sistema, se adaptan al discurso del “desconocimiento” sobre la posibilidad de que haya casos de mujeres víctimas de la violencia obstétrica. Reconocen a su vez,

que como pacientes tienen derechos, pero ponen límites a posibles intervenciones debido a la sobre carga de trabajo.

Todas las entrevistas parecen dar un resultado coincidente, la violencia obstétrica, aunque marcada por la invisibilidad, y según los casos expuestos, sí se da a través de acciones concretas en los dos hospitales de la sanidad pública de Tenerife. Hay una contraposición de ideas, ya que la parte de profesionales sanitarios atribuyen estas posibles (“que no seguras”) acciones, a la carga laboral y al estrés. No lo relacionan con la desigualdad de género, por lo que lo naturalizan como parte de su rutina.

Por otra parte, y siendo las mujeres protagonistas de su sexualidad y partos, desconocen, y según las entrevistas, sus propios derechos sexuales y reproductivos, y, menos aún, lo relacionan con la violencia de género. Podemos pensar que las mujeres interiorizan la violencia como “lo normal”, y, no identifican qué les está pasando y qué pueden hacer algo al respecto. Se da razón entonces, y de acuerdo con Camaraco (2012) que hay prácticas que legitiman la violencia de género, y una de ellas, se da en los partos tras la sobre exposición y la invasión de los cuerpos de las mujeres.

Desde una perspectiva feminista, el sistema sanitario se tomó el derecho de establecer cómo deben ser tratados los cuerpos de las mujeres, y, según las entrevistas, las mismas mujeres reconocen “que se dejan hacer” porque creen que no pueden opinar sobre lo que quieren ellas y necesitan en cada etapa de su gestación y su trabajo de parto.

Haciendo alusión a cómo se trabaja desde la disciplina del Trabajo Social, en concreto, en el Trabajo Social Sanitario, observamos, y desde el punto de vista de las profesionales entrevistadas, que no hay conocimiento sobre la violencia obstétrica ni sobre estrategias ni protocolos concretos. No se han realizado ningún tipo de formación, estudios, investigaciones o intervenciones con mujeres víctimas de este tipo de violencia. Los factores de riesgo que se han podido localizar con mujeres pacientes son de ámbito social, problemáticas con sus parejas o con hijos/as, laborales o de gestión de prestaciones económicas. Para concretar, la violencia obstétrica es un tipo de violencia simbólica que ni a los/as propios/as profesionales de lo social se les encomienda la labor de prevenirla y/o actuar sobre ella.

Finalmente, y para concluir el apartado de la discusión, en el marco teórico se hace referencia a la legislación relacionada con la violencia obstétrica. Tal y como habíamos comentado, en España no existe legislación alguna sobre ello (si en México, Argentina y Venezuela). En este caso, y según las personas entrevistadas (abogadas y abogado), afirman su desconocimiento tanto de legislación “supuestamente existente” ni en España ni en otros países. Tampoco tienen conocimiento de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud. Llama la atención que una de las abogadas entrevistadas, justifica la violencia ejercida hacia las mujeres pacientes, no por el hecho de estar silenciadas por el sistema patriarcal, sino por ser consentidoras y no defenderse cuando podrían hacerlo perfectamente. Se espera, según estas personas, así como de las profesionales de la sanidad, que si ocurrieran lesiones graves físicas se denuncie, interpretamos porque serían visibles, o, si existe una mala praxis obstétrica, también se denuncie.

## **10. Conclusiones.**

A continuación, se expone en qué medida los objetivos que se han planteado en la investigación se han cumplido.

Respondiendo al primer objetivo planteado sobre la relación existente entre la Violencia Obstétrica y la Violencia de Género, hay una clara manifestación de desigualdad de género en el sistema sanitario. La violencia contra las mujeres es un reflejo de la sociedad patriarcal en la que vivimos actualmente. Es importante visibilizar situaciones de violencia, y, más importante es que las mujeres tomen conciencia y dispongan de recursos y herramientas para empoderarse y tomar decisiones. La Violencia Obstétrica es otra de las muchas manifestaciones violentas dirigidas hacia ellas, en etapas tan importantes como es un proceso de gestación y trabajo de parto, donde interviene lo físico y lo psicológico. Este tipo de violencia invade los cuerpos de las mujeres y es claramente difícil de que la reconozcan, tanto por ellas, como por el sistema sanitario y otros agentes relacionados. Estos procesos llevan implícito una importante carga de jerarquización e intenso control médico, generando inseguridades y miedos provocando así silenciar, como muchas otras ocasiones, la voz de las mujeres.

En el objetivo 2, se persigue identificar los factores y agentes que están relacionados con posibles casos de Violencia Obstétrica. Se manifiesta una lectura “excesivamente medicalizada” de los procesos reproductivos de las mujeres, trato despersonalizado e invasión a la intimidad, que no son visualizadas como tales por parte de las mujeres, entendiéndolas ellas como procedimientos rutinarios y no contemplándolas como una vulneración a sus derechos, perdiendo la autonomía y la capacidad de decidir sobre sus propios cuerpos. El desconocimiento y la falta de formación-información de las pacientes y de algunos/as profesionales de la salud, son factores que influyen en prácticas antiguas que se repiten y perpetúan mecánicamente, y, las intervenciones parecen estar parcializadas y realizadas por diferentes profesionales, lo cual impide que exista un trato más cercano y humano hacia las mujeres pacientes. Los diversos agentes que se relacionan con ellas, y, que de una forma u otra, pueden llegar a ejercer violencia obstétrica, son los equipos de los servicios sanitarios que tienen trato directo con las mujeres en la etapa de la gestación, trabajo de parto, postparto y puerperio.

En cuanto al objetivo 3, donde analizamos la disciplina del Trabajo Social en el sistema sanitario, así como las barreras existentes ante posibles casos de Violencia Obstétrica y acciones de prevención, sacamos en claro, y desde el punto de vista obtenido en el estudio, que las principales barreras son las impuestas por el propio sistema, donde se aprecia falta de formación y de implicación con las mujeres que sean posibles víctimas de este tipo de violencia. Directamente desde el Trabajo Social Sanitario se trabajan otras cuestiones o factores de riesgo, y, no existen acciones de prevención ya que esta manifestación de violencia es tan invisible que no se previene porque no se ve, no hay datos numéricos, pero sí vivencias de mujeres. Tampoco se aborda esta problemática porque no hay denuncias que reflejen “el problema” (a excepción de las negligencias médicas con graves consecuencias). Así pues, tampoco existen protocolos de actuación ni acciones directas.

Debido a la realización de este estudio, es oportuno recoger una serie de **propuestas** a tener en cuenta desde dicha disciplina en relación al trabajo con las mujeres en las etapas de embarazo y parto y postparto.

- Incorporar la perspectiva de género en las políticas y programas que afecten directamente sobre la salud de las mujeres.

- Formación de los y las profesionales de lo social en la temática de Violencia Obstétrica (Trabajadores/as Sociales de Centros de Salud y Hospitales).
- Creación de un espacio informativo para atender las demandas de las mujeres en los procesos de: gestación, trabajo de parto y postparto.
- Trabajar con los equipos de atención directa a las mujeres pacientes la Estrategia de Atención al Parto Normal, los planes de parto y la desnaturalización de prácticas y creencias
- Promover encuentros con otros/as profesionales del sistema sanitario para la creación de redes de apoyo, compartir experiencias y establecer protocolos de prevención de la Violencia Obstétrica.
- Realización de actividades concretas sobre los derechos humanos y de las mujeres, fortaleciendo acciones de empoderamiento y promocionando el uso de los planes de parto. Estas actividades pueden llevarse a cabo en espacios como: salas de espera, cursos de preparación al parto de los Centros de Salud, entre otros espacios.

Incorporar investigaciones y estudios más profundos sobre la Violencia Obstétrica, así como la reivindicación por el respeto a la gestación y al parto elegido por voluntad propia ejerciendo la libertad personal, aportaría un cambio importante a nivel social para una futura transformación en determinadas relaciones de poder.

## 11. Referencias

Abela, J. A. (2002). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada.

Álvarez, C. (2008). Ética, bioética y derechos sexuales. Lecturas para profesionales de la salud, 1.

Amnistía Internacional España. (2018). *Amnistía Internacional - España*, International Amnesty, Recuperado el 28 de Diciembre de 2008, del sitio Web: <https://www.es.amnesty.org/actua/acciones/espana-la-violencia-de-genero-un-problema-de-salud-publica>

Arguedas, G. (2014) La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing. Recuperado el 18 de Enero de 2018, de <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

Barragán, F., De la Cruz, J. M., Doblas, J. J., Padrón, M. M., & Navarro, A. (2005). Violencia, género y cambios sociales. *Un programa educativo que (sí) promueve nuevas relaciones de género*.

Benavidez Sánchez, P. S. (2012). Fisioterapia obstétrica y reeducación del suelo pélvico durante el embarazo en pacientes atendidas en el Instituto de ginecología y osteoporosis en el periodo diciembre 2011 a mayo 2012 (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2012).

Cabañas Valdiviezo, J. E., y Ojeda Fernández, Y. M. (2003). Aulas Virtuales como herramienta de apoyo en la educación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Camacaro Cuevas, M. (2012). La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Cano, A. (2010). Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona. *Matronas profesión*, 16(2), 54-60.

Castells, C. (1996). *Perspectivas feministas en teoría política*. Barcelona: Paidós, Estado y Sociedad.

Climent, G. I. (2009). Entre la represión y los derechos sexuales y reproductivos: socialización de género y enfoques de educación sexual de adolescentes que se embarazaron. *La ventana. Revista de estudios de género*, 3(29), 236-275.

D'Gregorio, R. P. (2010). *Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela*.

Davis-Floyd, R. (2009). *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Buenos Aires: Editorial Creavida.

Díaz Palacios, E., Díaz-Faes Alonso, C., Suárez Álvarez, D., Villazón González, J., y Casero Álvarez, M. (2000). *Trabajo Social en el Sistema Sanitario Público. Balance, análisis y perspectivas*. Oviedo, Asturias, España: KRK Ediciones.

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.

Del Valle, T. (2001). *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género* (Vol. 27). Narcea Ediciones.

Equipo de redacción profesional. (2015). Tipos de salud. *Revista educativa MasTiposde.com*, 12. Recuperado el 4 de Enero de 2018, de <https://www.mastiposde.com/salud.html>.

Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva*, 2(1), 9-20.

Facio, A., y Fries, L. (2005). *Feminismo, género y patriarcado*.

Fernández, J. M. F. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. *Cuadernos de trabajo social*, 18, 7-31.

Fernández, I. O. (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*, (111), 79-83.

García García, E. M. (2015). *La violencia obstétrica como violencia de género. Una mirada feminista de la situación en España*.

- Giberti, E. (1998). El parto vertical. Uno mismo, 38-42.
- Guillén, F. (2015) . Estudiantes en los partos: protección de la intimidad y dignidad de las mujeres en la atención obstétrica. Blog El parto es nuestro.
- Herrera, J. M. (2015). Manual práctico para la gestión de organizaciones proveedoras de servicios sociales. Tenerife: Fotocopias Drago.
- Ituarte y Tellaeché A. (1995).El papel del trabajador Social en el contexto sanitario. Trabajo Social y Salud 1995. Volumen 20 275-290.
- Lagarde, M. (1996). La multidimensionalidad de la categoría género y del feminismo. Metodología para los estudios de género. México: Instituto de Investigaciones Económicas, Universidad Nacional Autónoma de México, 48-71.
- Lima, A. (2017). Definición global del trabajo social en Melbourne 2014. *Revista de Treball Social*, 143-154. Recuperado el 18 de Enero de 2018, del sitio web <https://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial>
- Ley 1/2017, de 17 de marzo, de modificación de la Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres Contra la Violencia de Género [Internet]. Bolentín Oficial del Estado, 17 de marzo de 2017, núm. 160, pp. 57289 - 57292 [consultado 20 enero de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2017/07/06/pdfs/BOE-A-2017-7819.pdf>
- Mata, G., (2015). Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes mayores de 35 años en el Hospital Rezola-Cañete en el año 2014.
- Medina, G. (2009). Violencia obstétrica. *Revista de Derecho y Familia de las Personas*, 4(1), 1-4.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2012). Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud.
- Mujeres en Red. (2008). *www.mujaresenred.net*. Recuperado el 11 de Enero de 2018, del sitio web <http://www.mujaresenred.net/spip.php?article1600>
- Oiberman, A. (2014). Un estudio multicéntrico argentino: Variaciones en el desarrollo cognitivo en bebés nacidos a término. *Anuario de Investigaciones*, 21.



ONU (1993). Declaración Universal de Derechos Humanos. Ginebra, Suiza: Organización de las Naciones Unidas.

OMS, O. (2016). OMS Official Web Page.

Quevedo, L. (2012). *www.bdigital.uncu.edu.ar*. Recuperado el 8 de Enero de 2018, de [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/4785/tesisquevedo.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf)

Real Academia Española. (2017). *die.rae.es*. Recuperado del sitio web <http://die.rae.es/srv/search?m=30&w=ocio>

Recio, A. (2015). El parto es nuestro: El impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España. *Dilemata*, (18, p.15).

Regalado, J. (2017). Blog Gabinete de Trabajo Social.

Revista sobre enseñanza del Derecho de Buenos Aires. (2005). Feminismo, Género y Patriarcado. *Revista sobre enseñanza del Derecho de Buenos Aires*, 259-294.

Recuperado del sitio web:

<http://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/bitstream/123456789/122/1/RCIEM105.pdf>

Rodríguez Bustos, C. (2010). Pariremos con placer: Apuntes sobre la recuperación del útero.

Ruíz, J. I. (2012). Metodología de la Investigación Cualitativa. Bilbao: Publicaciones Universidad de Deusto.

Sánchez, A., & Percara, C. (2017). *www.sedici.unlp.edu.ar*. Recuperado el 04 de Enero de 2018, del sitio web, <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/63750>

Segura Benedicto, A. (2004). Concepto, competencias y tareas de la salud pública hoy. *Revista de administración sanitaria siglo XX*, 2(2), 169-181.

Senado y Cámara de Diputados, Argentina. (2009). <https://www.oas.org>. Recuperado el 20 de Enero de 2018, del sitio web,

[https://www.oas.org/dil/esp/Ley\\_de\\_Proteccion\\_Integral\\_de\\_Mujeres\\_Argentina.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf)

Silvestre, M., Royo, R., & Escudero, E. (Eds.). (2014). *El empoderamiento de las mujeres como estrategia de intervención social* (Vol. 17). Universidad de Deusto.

Tamayo, G. (2001). Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Lima.

Tarriño Concejero, L., & García-Carpentero Muñoz, M. D. (2014). Adolescentes y violencia de género en las redes sociales. *Aportaciones a la investigación sobre mujeres y género: V Congreso Universitario Internacional Investigación y Género*. pp. 426-439.

Varela, N. (2008). *www.mujerfariana.org*. Recuperado el 8 de Enero de 2018, del sitio web <https://mujerfariana.org/images/pdf/Varela-Nuria---Feminismo-Para-Principiantes.pdf>

## 12. Anexos.

### 12.1. Preguntas para las mujeres en etapa de gestación y después de haber tenido el “trabajo de parto”.

1. Perfil de mujeres embarazadas y/o que hayan tenido hijos/as en hospitales de sanidad pública o privada en España:
  - a. Provincia y ciudad donde vives actualmente. Edad en el momento del parto. N° de hijos/as actual. Año en el que tuviste a tu/s hijos/as.
  - b. ¿Te has sometido a algún tratamiento de reproducción? En caso afirmativo, ¿a cuál? Inseminación artificial, fecundación “in vitro”.
  - c. ¿Has tenido a tu/s hijos/as en un hospital de la sanidad pública o de la sanidad privada?
  - d. Orientación del deseo (heterosexual, bisexual, lesbiana, transexual, “no me identifico con ninguna orientación en concreto”).
2. Mensajes, actitudes y formas de tratar a las mujeres por parte del personal sanitario en los procesos de preparación al parto y trabajo de parto.
  - a. En la etapa de revisiones de seguimiento de tu embarazo, ¿te atendieron correctamente explicándote el porqué de cada prueba, análisis y ecografías?
  - b. ¿Acudiste a clases de preparación al parto? ¿Te parecieron útiles y beneficiosas?
  - c. En el ingreso que tuviste para el trabajo de parto, así como el momento de las contracciones, ¿fuiste informada de cada paso que tendrías en el mismo para tu trabajo de parto? ¿recibiste algún comentario irónico o chistoso acerca de tu comportamiento o hacia la persona que te acompañaba (pareja o familiar)? ¿se dirigían a ti con diminutivos, apodosos o tratándote como si fueras una niña pequeña?
  - d. ¿Te informaron sobre la lactancia materna y sus ventajas e inconvenientes? ¿Te juzgaron ante la posibilidad de optar por la lactancia artificial?

- e. ¿Pudiste resolver todas tus dudas y miedos de cada paso que tenías que dar en todo el proceso de trabajo de parto que estabas viviendo?
3. Información sobre todo el proceso previo al parto. Plan de parto.
  - a. ¿Nos puedes indicar si de las siguientes intervenciones te realizaron alguna y si diste el consentimiento para ello?:
    - Rasurado genital.
    - Indicación de estar acostada en la cama.
    - Uso de enemas.
    - Aplicación de oxitocina y/o goteo para agilizar el parto.
    - Uso de la epidural.
    - Rotura de bolsa artificial.
    - Presión del abdomen en el momento del pujo.
    - Uso de fórceps/ventosas.
    - Tactos vaginales continuados y realizados por diferentes personas, ¿quiénes: estudiantes, residentes, médicos/as...?
    - Realización de episiotomía.
    - Cesárea.
  - b. ¿Se respetó tu plan de parto?
4. Momento del trabajo de parto.
  - a. ¿Fuiste obligada a parir acostada boca arriba sin la posibilidad de adquirir otra posición más cómoda para ti? ¿te iban informando de todo lo que te estaban haciendo o te iban a hacer?
  - b. ¿Pudiste estar acompañada en todo momento por tu pareja o familiar?
  - c. ¿Tuviste el contacto piel con piel con tu bebé inmediatamente al nacer? ¿y tu pareja o familiar?
  - d. ¿La atención que te prestaron en tu parto fue positiva o negativa? ¿por qué?
  - e. ¿Puedes comentarnos lo que quieras acerca de cómo te sentiste, si crees que tus derechos como paciente o como mujer han sido vulnerados?
5. ¿Tienes conocimiento de lo que es la Violencia Obstétrica como forma de Violencia hacia las mujeres? ¿conoces posibles casos sobre este tipo de violencia?

## 12.2. Preguntas para personal sanitario en relación con posibles casos de Violencia Obstétrica.

1. ¿Cuál es su profesión dentro del Sistema Sanitario? ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo? ¿Y en este Centro en concreto? ¿Forma parte de algún departamento y si es así, qué profesionales sanitarios forman equipo?
2. ¿Ha tenido o tiene relación con las mujeres en su proceso de gestación y/o de trabajo de parto? ¿con qué tipo de intervenciones?
3. ¿Conoce el concepto de Violencia Obstétrica? ¿Cree que tiene relación con la Violencia de Género?
4. ¿Sabe si en este Centro se han dado o se están dando casos de este tipo de Violencia? ¿Ha presenciado, según su profesión y relación con las mujeres pacientes, algún hecho que le lleve a pensar que la mujer está siendo víctima de algún tipo de violencia? ¿Ha intervenido para evitarlo?
5. Si usted ha intervenido directamente en el trabajo de parto, ¿es tan amable de contestar estas cuestiones?:
  - De manera rutinaria, ha realizado o ha visto que realizaran las siguientes intervenciones: (a) Episiotomías. (b) Corte inmediato del cordón umbilical. (c) Revisión y control del o la recién nacido/a?. (d) Uso de fórceps y/o ventosas. (e) Colocación de vía intravenosa. (f) Uso de oxitocina. (g) Uso de la epidural. (h) Uso de enemas. (i) Maniobra de Kristeller (presionar el abdomen durante el pujo). (j) Rotura de la bolsa. ¿Piden autorización a las mujeres para realizar este tipo de intervenciones?
  - De manera rutinaria, ha realizado o ha visto que se les permita a las mujeres lo siguiente: (a) Bañarse. (b) Beber agua y/o comer. (c) Ir al baño. (d) Caminar/pasear/bailar/moverse por la sala de partos libremente.
  - ¿Las mujeres pueden estar acompañadas en todo momento en el proceso del trabajo de parto?
  - ¿Hay estudiantes en prácticas que intervienen directamente con las mujeres? ¿Se les pide autorización por escrito o sólo en el momento?

- En el momento del parto, ¿ofrecen a las mujeres diferentes tipos de posiciones para dar a luz o libertad para cambiar si lo consideran necesario?
  - ¿Tiene conocimiento de que se respetan las costumbres o prácticas culturales de las mujeres?
6. ¿Qué propuestas de intervención, desde su conocimiento profesional propondría para prevenir o actuar en posibles casos de Violencia Obstétrica?
  7. Los partos humanizados o respetados son realizados con la menor intervención médica posible y mayor poder de decisión de las mujeres en el momento de traer a su hijo/a al mundo. ¿Tiene conocimiento sobre las directrices existentes para llevarlos a cabo?

### **12.3. Preguntas para Trabajadora y/o Trabajador Social Sistema Sanitario en relación con la Violencia Obstétrica.**

1. ¿Cuáles son las funciones del o la Trabajador/a Social en el ámbito de la Salud? Concretamente en esta institución, ¿cuáles son sus funciones respecto a las personas que son pacientes? ¿Desde qué año ejerce en este Centro?
2. ¿Conoce el concepto de Violencia Obstétrica? ¿Cree que tiene relación con la Violencia de Género?
3. ¿Sabe si existe algún tipo de legislación en España que regule casos de mujeres víctimas de la Violencia Obstétrica? ¿Cuáles? ¿Ha realizado alguna derivación, abogados/as, policías si se hubiera dado algún caso de este tipo de violencia?
4. ¿Considera que en este Centro Sanitario ha habido o hay casos de Violencia Obstétrica o de otro tipo de violencia hacia las mujeres? ¿Sabría identificar de qué tipo? ¿Cuáles cree que son las causas o factores determinantes para que se produzcan casos de esta índole? ¿qué profesionales sanitarios son quienes intervienen?
5. ¿Ha tenido que atender casos relacionados con este tipo de violencia alguna vez? ¿Cuál es el perfil de las mujeres a las que ha atendido (en caso afirmativo)? ¿conoce algún estudio y/o investigación de esta temática?
6. ¿Cree que en este Centro existen recursos para prevenir o actuar en posibles casos de Violencia Obstétrica? ¿Cuáles son y cómo se interviene en estos casos?

Si no los hubiera, ¿qué sería necesario? ¿Existen obstáculos por parte de este Centro para trabajar con las mujeres en casos concretos de Violencia Obstétrica?

7. ¿Realizan alguna intervención con las mujeres embarazadas o en el área de maternidad? En caso afirmativo ¿cuáles?, en caso contrario ¿qué propuestas de intervención, desde su conocimiento profesional propondría?
8. Los partos humanizados o respetados son realizados con la menor intervención médica posible y mayor poder de decisión de las mujeres en el momento de traer a su hijo/a al mundo. ¿Tiene conocimiento sobre las directrices existentes para llevarlos a cabo?

#### **12.4. Preguntas para abogados/as con relación a posibles casos de Violencia Obstétrica.**

1. ¿Cuántos años lleva ejerciendo esta profesión?
2. ¿Conoce el concepto de Violencia Obstétrica? ¿Cree que tiene relación con la Violencia de Género?
3. ¿Conoce alguna normativa y/o legislación acerca de esta temática vigente en España? ¿conoce que actualmente hay leyes para la protección de las mujeres víctimas de la violencia obstétrica en México, Argentina y Venezuela?
4. ¿Ha tenido alguna vez que intervenir en casos concretos de Violencia Obstétrica? ¿Se han resuelto de manera satisfactoria para las mujeres pacientes que han sido víctimas?
5. En caso de que nunca haya tenido que intervenir en este tipo de casos. ¿qué tipo de propuestas de intervención haría para ello?