

TRABAJO FIN DE GRADO – GRADO EN CRIMINOLOGÍA

La Violencia Gineco-Obstétrica: a Plena Vista e Invisible.

Autora del TFG:

Dulce Bretaña Orient

Tutora del TFG:

Sara Joana Reig Baldó

UNIVERSIDAD EUROPEA DE VALENCIA

2023/2024

Dulce Bretaña Orient

La Violencia Gineco-Obstétrica: a Plena Vista e Invisible.

**Una cultura negacionista que perpetúa el
sufrimiento de las mujeres.**

UNIVERSIDAD EUROPEA.

Facultad de Ciencias Sociales.

Grado en Criminología.

Directora/Tutora: Sara Joana Reig Baldó

Valencia, a 22 de Mayo del 2024

DEDICATORIA.

Dedicado a la contraargumentación constante que rebate todas esas razones por las que no quiero seguir adelante, a la duda metódica, a lo desafiante, a la persistencia, a la dedicación, a los traumas, en fin, a ti, papá. A ti, mamá, que siempre has tenido un abrazo esperándome, una sonrisa y un comentario que han creado lo que a día de hoy puedo llamar “mi hogar”. Porque sin vuestro material genético, directamente, no sería. Y sin vosotros, directamente, no sería yo.

A mi contradicción, a mi desquicio, a mi apoyo, a mi compañero, a ti, quien más me enfada y a quien más amo, a ti que me apoyas en cualquier locura, en fin, dedicado a ti, hermano.

A vosotros, los de las conversaciones *random*, a vosotros, los que nunca os sobra una broma de cuñado, a vosotros, que no juzgáis, a vosotros, que lo único que teméis es a esa pregunta que dice “¿Vamos al museo de dinosaurios?”, a vosotros, donde mi único miedo es a esa pregunta que dice “¿Pero por qué le pones azúcar?”, a vosotros, que en un aterrador silencio habéis sabido apoyarme mientras me dabais el espacio que necesitaba para abrirme, a vosotros, a ese “yo controlo” que dicotómicamente se ha convertido en mis peores agujetas y en mi refugio.

A ti, que no sobreviviste 2º de carrera, a ti que espero recuperarte poco a poco, a ti que te has atrevido a salir de tu zona de confort, a ti por luchar cada día por no abandonarme, a ti que no te lo dicen mucho, estoy muy orgullosa de ti.

AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar, quiero agradecer de corazón a mi tutora, Sara, por confiar en mí desde el principio con esa primera idea loca de TFG hasta el giro de 180° cuando decidí que cambiaba el tema, por la paciencia, por siempre tener una palabra de aliento y sobre todo porque tus críticas siempre fueron constructivas. Sin ti, este TFG no habría sido posible, muchas gracias.

A todos los profesores, que me han acompañado a lo largo de este recorrido académico, gracias por desafiarme a ser mejor, por inspirarme a aprender más y por enseñarme a cuestionar y analizar el mundo de una manera más profunda y significativa. En especial, quería agradecerte, a ti, Susana, que nunca has dejado de confiar en mí, que me has ayudado a salir adelante cuando creía que no podía más, que has sido la primera persona que me ha enseñado que se puede decir una dura verdad sin necesidad de ser cruel, que me has enseñado a superarme sin compararme, te agradezco de corazón que hayas sido mucho más que una profesora para mi, eres una mentora, un ejemplo a seguir.

A mi tía Bea que se ilusionó conmigo desde el principio y ha estado manteniéndome al día con podcasts y redes sociales. Cuando un descanso se hacía necesario no dudaba en invitarme a ver mis películas favoritas, de miedo, esas que ella tanto odia. Mi tío no se queda atrás que las escogía él y nos hacía palomitas!! Muchas gracias a los dos.

Gracias Lari, por saber verlo todo y advertirme, aunque ambas sabemos que nunca te he hecho caso, siempre has estado incluso cuando nos hemos encontrado a más de 3.000 km de distancia. Y a ti, Ana, estos dos últimos años has sido mi compañera de locuras tanto en las eternas noches de estudio como en las mil millones de veces que decidía que cambiaba de TFG, gracias por las vividas y por las aventuras que nos quedan.

To Noa, you know it's hard for me to remember what it was like before we knew each other? we didn't have the best of starts and yet somehow you ended up being my safe space, you love me at my worst and support me at my best. You are intensely loyal and kind and so brave. So thank you for being you, with you I laugh a little louder (if that's even possible) and smile a little brighter, thank you. Eres mi persona vitamina.

Finalmente, a ti, que no te has rendido, a ti, que te has perdido y aún así has seguido adelante, a ti, que luchas cada día cada batalla interna sin aceptar la posibilidad de perder, a ti, por seguir dando lo mejor de ti. Estoy muy orgullosa, sin ti nada sería posible, gracias.

Resumen.

La presente investigación aborda la violencia gineco-obstétrica, prácticas médicas que vulneran la autonomía y dignidad de las mujeres durante la atención ginecológica y obstétrica. A pesar de su gravedad, la investigación en España es escasa, agravada por la falta de conciencia y legislación, el desconocimiento y la normalización del problema son alarmantes, la ONU y la CEDAW han condenado a España por esta violencia, recomendando mejorar el respeto a los derechos humanos en la atención médica, pues métodos desaconsejados por la OMS desde 1985 siguen aplicándose. La criminología, como ciencia interdisciplinaria y orientada a la prevención, debe involucrarse en este problema para investigar y entender las dinámicas de la violencia y aplicar su conocimiento para intervenir y prevenir eficazmente. Cumpliendo con las características del convenio de Estambul, la violencia gineco-obstétrica es una forma de violencia de género, cumpliendo con las características del convenio de Estambul. Este estudio busca proporcionar una respuesta exhaustiva a por qué existen tantas reticencias a la hora de reconocer la violencia gineco-obstétrica en España a través de una revisión bibliográfica rigurosa y una encuesta que evalúa la incidencia y la identificación de la violencia gineco-obstétrica. Estas intervenciones buscan erradicar la violencia desde sus raíces y construir una sociedad más igualitaria.

Palabras clave: violencia gineco-obstétrica, autonomía y derechos del paciente, recomendaciones, incidencia real, percepción social e institucional.

Abstract.

The present research addresses gyneco-obstetric violence, which involves medical practices that undermine the autonomy and dignity of women during gynecological and obstetric care. Despite its severity, research in Spain is scarce, exacerbated by a lack of awareness and legislation. The ignorance and normalization of the problem are alarming; the UN and CEDAW have condemned Spain for this violence, recommending improvements in respect for human rights in medical care, as methods discouraged by the WHO since 1985 are still being applied. Criminology, as an interdisciplinary and prevention-oriented science, must engage with this issue to investigate and understand the dynamics of violence and apply its knowledge to intervene and prevent effectively. Meeting the characteristics of the Istanbul Convention, gyneco-obstetric violence is a form of gender-based violence. This study aims to provide a comprehensive response to why there is so much reluctance to recognize gyneco-obstetric violence in Spain through a rigorous literature review and a survey assessing the incidence and identification of this violence. These interventions seek to eradicate violence from its roots and build a more equal society.

Keywords: gynecological-obstetric violence, patient autonomy and rights, recommendations, real incidence, social and institutional perception.

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDOS	PÁGINA
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.3 OBJETIVOS.....	2
1.3.1 Objetivo general.....	2
1.3.2 Objetivos específicos.....	3
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	3
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	7
2.1 REVISIÓN DE LITERATURA: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1.1 Violencia contra la mujer. Violencia de género.....	7
2.1.1.1 Identificación del origen.....	9
2.1.1.1.1 Teoría del patriarcado.....	10
2.1.1.1.2 Teoría de la medicalización del parto y Teoría del poder médico....	11
2.1.1.2 Comparativa Violencia Obstétrica y Violencia de Género.....	13
2.1.2 La violencia obstétrica como problema social.....	14
2.1.2.1 Limitaciones y cifra negra.....	16
2.1.3 Definición y características de la violencia gineco-obstétrica.....	18
2.1.4 Estadísticas de instituciones oficiales vs estadísticas españolas.....	20
2.1.4.1 Tipos de violencia gineco-obstétrica.....	32
2.1.5 Desamparo legislativo en España.....	33
2.1.5.1 Deber estatal: protección de los DDFF y avance hacia los ODS.....	33
2.1.5.2 Medidas aplicadas en España.....	37
2.1.6 La violencia obstétrica como violencia simbólica.....	41
2.1.6.1 La violencia institucional.....	41
2.1.6.1.1 Triángulo de la violencia de Johan Galtung.....	42
2.1.6.1.2 Comparativa Violencia Obstétrica y Violencia Simbólica.....	43
2.1.7 Perspectiva criminológica.....	44
2.1.7.1 Teoría del conflicto.....	44
2.1.7.2 Teoría del etiquetamiento.....	45
2.1.7.3 Teoría del control social.....	46
2.1.8 El uso de Haloperidol sin consentimiento: un claro ejemplo.....	47
2.1.9 Reticencias de la comunidad sanitaria.....	51
2.2 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS: RESULTADOS ESPERADOS.....	55
3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	56
3.1 METODOLOGÍA.....	56
3.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	60

3.3 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	60
4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	61
4.1 Personal Sanitario.....	61
4.2 Mujeres.....	63
4.2.1 Experiencia ginecológica.....	63
4.2.2 Experiencia obstétrica.....	65
4.2.3 Concienciación.....	69
4.2.4 Secuelas.....	70
4.3 Hombres.....	70
4.3.3 Concienciación.....	71
4.4 Testimonios.....	71
5. CONCLUSIONES.....	81
5.1 La amplitud y limitaciones de la investigación.....	85
5.2 Futuras líneas de intervención.....	86
5.3 Respuesta al objetivo general.....	87
6. Referencias bibliográficas.....	89
7.1 Bibliografía legal.....	101
7. Anexo.....	103
8.1 Anexo 1.....	103

ÍNDICE DE FIGURAS

	PÁGINA
Figura 1	51
Figura 2	53
Figura 3	54
Figura 4	64
Figura 5	66
Figura 6	68

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁGINA
Tabla 1	13
Tabla 2	32
Tabla 3	44
Tabla 4	72
Tabla 5	75

ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

Sigla	Inglés	Español
WHO / OMS	World Health Organisation.	Organización Mundial de la Salud.
UN / ONU	United Nations.	Organización de Naciones Unidas.
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women.	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.
V.O	Obstetric Violence.	Violencia Obstétrica.
V.G	Gender Violence.	Violencia de Género.
CGCOM	General Council of Official Medical Colleges.	Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.
SEGO	Spanish Society of Gynecology and Obstetrics.	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
FAME	Federation of Associations of Midwives of Spain.	Federación de Asociaciones de Matronas de España.
ODS	Sustainable Development Goals	Objetivos de Desarrollo Sostenible.
EAPN	Strategy for Normal Birth Care.	Estrategia de Atención al Parto Normal.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

La violencia gineco-obstétrica se define como aquellas prácticas y comportamientos dentro del ámbito médico que, directa o indirectamente, infringen la autonomía y la dignidad de las mujeres durante la atención ginecológica y obstétrica.

Así, la violencia gineco-obstétrica, no se limita al embarazo, parto y puerperio. Se extiende a todas las prácticas médicas, desde las revisiones ginecológicas hasta el parto mismo, muchas mujeres son presas de un sistema que ignora sus necesidades, desestima sus experiencias y las somete a un trato inhumano (García, 2028). Esta violencia puede manifestarse tanto de manera simbólica e institucional—como la imposición de prácticas restrictivas durante el parto y el uso de un lenguaje que minimiza la autonomía de la mujer—como a través de la violencia verbal y física expresada individualmente por algunos profesionales. (García, 2018 & Moscardó, 2015)

A pesar de su gravedad, en España, la investigación sobre violencia gineco-obstétrica es escasa, lo cual ha llevado a una falta de planes de prevención específicos.

Uno de los obstáculos más significativos en la lucha contra la violencia gineco-obstétrica es la falta de conciencia sobre qué constituye un trato inapropiado o abusivo durante la atención médica. Si las mujeres no están informadas o conscientes de que el trato que están recibiendo no es el adecuado, no pueden reconocerlo como un acto de violencia ni luchar contra él. La educación y la información son fundamentales para empoderar a las mujeres en este aspecto. El reconocimiento es el primer paso para poder abogar por sí mismas y exigir un cambio.

No obstante, esta situación se agrava por una carencia de legislación; sin un reconocimiento legal claro y específico, incluso si las mujeres identifican estos actos de violencia, las posibilidades de abogar por un cambio efectivo son limitadas.

Aunque la legislación autonómica en Cataluña ha comenzado a reconocer y definir la violencia obstétrica, a nivel nacional, la violencia gineco-obstétrica aún carece de la visibilidad y el reconocimiento legal necesario para propiciar una verdadera prevención y erradicación. (Ley 17/2020 del 22 de diciembre)

Además el problema fundamental de consenso respecto a su definición complica aún más la situación.

Este flagelo es algo que pocas mujeres jóvenes conocen y muchas mujeres adultas han normalizado como parte inevitable de su experiencia médica. Desconocimiento y normalización no compartidas por la ONU ni la CEDAW quienes han condenado varias veces a España por violencia obstétrica aconsejándola a que el sistema de atención médica a la maternidad mejorara en términos de respeto a los derechos humanos (Naciones Unidas, 2022). Resulta preocupante que se sigan aplicando métodos médicos desaconsejados por la OMS desde 1985 y prohibidos en varios países europeos como el Reino Unido (Jiménez, 2022).

Pues a pesar de los avances en la visibilización de la violencia de género, la violencia gineco-obstétrica permanece oculta tras un silencio ensordecedor, ya que admitir su existencia implica reconocer que nuestras instituciones médicas, que deberían ser garantes de seguridad y cuidado, están fallando en proteger y respetar los derechos fundamentales de las mujeres.

El autoritarismo, las violaciones, el menosprecio, el desconocimiento, el dolor, el sufrimiento, los tratos inhumanos y el maltrato son solo algunas de las terribles realidades que enfrentan muchas mujeres al dar a luz en el siglo XXI (Martínez-Galiano et al., 2021).

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

Para avanzar hacia la consecución de los objetivos delineados en el siguiente apartado, es imperativo abordar la siguiente pregunta de investigación:

¿Por qué existen tantas reticencias a la hora de reconocer la existencia de la violencia gineco-obstétrica en el ámbito español?

Basándonos en nuestra investigación científica, este estudio se propone aportar la respuesta más completa y apropiada.

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1 Objetivo general.

Evidenciar a través de una perspectiva criminológica la invisibilidad de la violencia gineco-obstétrica reconociendo a sus víctimas y reconociéndola como violencia de género

1.3.2 Objetivos específicos.

1. Analizar el nivel de conocimiento y conciencia pública en España respecto a la violencia gineco-obstétrica, con el propósito de visibilizar las deficiencias tanto en la comprensión como en el reconocimiento de este fenómeno.
2. Evaluar el impacto del desconocimiento sobre la violencia gineco-obstétrica en el proceso de denuncia y elaboración de la legislación pertinente, con el fin de destacar la importancia de la concienciación para la efectiva protección de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.
3. Analizar la violencia gineco-obstétrica desde una perspectiva de género.
4. Explorar el concepto de violencia gineco-obstétrica como una forma de violencia simbólica e institucional.
5. Exponer la dimensión y gravedad de la violencia gineco-obstétrica como un problema social silenciado, destacando la jurisprudencia internacional que condena a España por este motivo, incluyendo las emitidas por organismos como la ONU y la CEDAW.
6. Identificar las causas subyacentes que contribuyen a la perpetuación de la violencia gineco-obstétrica.
7. Demostrar la relevancia y pertinencia del papel de los criminólogos en la prevención y erradicación de la violencia gineco-obstétrica, mediante el análisis de sus competencias y habilidades para abordar este fenómeno desde una perspectiva crítica y científica.
8. Proponer recomendaciones para abordar y prevenir la violencia gineco-obstétrica.
9. Evaluar el impacto de la violencia gineco-obstétrica en la vulneración de los derechos fundamentales, así como su relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

1.4 JUSTIFICACIÓN.

La criminología, según las diversas concepciones de destacados autores en el campo, se revela como un tejido de ideas y enfoques. Garófalo, la define como la "ciencia del delito", distinguiendo entre el delito sociológico y el delito jurídico. (Rodríguez Manzanera, 1981)

Por su parte, Ferri, describe el delito como “acciones antisociales que erosionan las condiciones de vida de una comunidad en un tiempo específico”. (Rodríguez Manzanera, 1981)

Abrahamsen, destaca la importancia de indagar en las raíces del crimen, tanto en su etiología como en su filosofía, con la finalidad de prevenir. (Rodríguez Manzanera, 1981)

Cuello Calón amplía el espectro al considerar que la criminología comprende tanto la faceta individual como social del delito. (Rodríguez Manzanera, 1981)

Finalmente, para Sesso, la Criminología se revela como una parte integral de la política criminal, desempeñando un papel crítico en la evaluación del derecho vigente y en la formulación de propuestas de cambio dirigidas al legislador. (Rodríguez Manzanera, 1981)

Por todo ello, ya no se trata solo de comprender el crimen, sino de encontrar formas efectivas de prevenirlo. En este sentido, la criminología adopta un enfoque interdisciplinario, reconociendo que ningún problema complejo puede ser abordado eficazmente desde una sola disciplina. (Rodríguez Manzanera, 1981)

En un sentido más amplio, la criminología es una ciencia interdisciplinaria que trasciende las tradicionales distinciones entre ciencias naturales y culturales. La criminología aborda la conducta antisocial tanto como un fenómeno natural, estudiando al delincuente como un ser biológico, como un fenómeno cultural, reconociendo que el crimen es un producto social que surge dentro de un contexto cultural o subcultural. (Rodríguez Manzanera, 1981)

Por lo tanto, el objeto de estudio de la Criminología son las conductas antisociales, sean o no delitos. Así, la conducta antisocial abarca todo comportamiento humano que contraviene el bien común. (Rodríguez Manzanera, 1981)

El bien común, entendido en su acepción tomista como aquel que, siendo beneficioso para cada individuo de la comunidad, también lo es para el conjunto de la sociedad. Así, como lo define Juan XXIII en sus encíclicas *Mater et Magistra* y *Pacem in Terris*, implica el conjunto de condiciones sociales que posibilitan y promueven el desarrollo integral de la persona humana. De esta forma, tales conductas socavan la estructura básica de la sociedad, erosionan sus valores fundamentales y violan las normas esenciales de convivencia. (Rodríguez Manzanera, 1981)

De esta forma, lejos de seguir un modelo piramidal, en el que una ciencia es considerada suprema y las demás subordinadas, la criminología se adhiere a un sistema circular. En este esquema, las diversas disciplinas convergen para abordar un problema común,

estableciendo una conexión estrecha y una retroalimentación constante entre ellas. (Rodríguez Manzanera, 1981)

Así, la criminología emerge como una disciplina interdisciplinaria que no solo estudia el crimen, sino que también busca comprender sus causas, prevenirlo y proponer cambios en el sistema legal para abordarlo de manera más efectiva en beneficio del bien común y la sociedad en su conjunto.

Por otro lado, la violencia gineco-obstétrica, sienta sus bases en una ideología que relega a la mujer a un segundo plano, derivada de tantos años de patriarcado. De esta manera, se entiende como violencia contra la mujer y se manifiesta de dos formas:

Violencia simbólica e institucional: en el ámbito de los protocolos médicos, se vislumbra una serie de prácticas que ejercen una notable restricción sobre la autonomía y la dignidad de la mujer durante el proceso de atención gineco-obstétrica. Entre estas prácticas se incluyen la separación de la familia durante el parto, el empleo de la silla de ruedas, la administración de enemas y la prohibición de ingesta de alimentos y líquidos, así como la inmovilización física, la adopción de una perspectiva intervencionista, la posición de litotomía y la omisión de seguir los planes de parto establecidos. Estas medidas, en lugar de respetar el principio de "toma de decisiones libre e informada" según lo estipulado por la ley, se ven reflejadas en una dinámica donde se explicita que "Las decisiones se adoptarán de forma conjunta entre el médico y la paciente" o que "la mujer participará en la toma de decisiones". En este contexto, se evidencia una marcada desviación de la capacidad de autodeterminación de la mujer, lo que contraviene los principios éticos y legales de la práctica médica.

Dentro del ámbito cultural de los profesionales en ginecología, se advierte un uso del lenguaje que denota una preocupante falta de consideración por la autonomía y la dignidad de la mujer. Expresiones como "el punto del marido", "limpiar la guardia", "fórceps docentes", "cicatriz de bikini" o "parir a la mujer" revelan una ideología arraigada de control sobre un proceso fisiológico natural, despojando a la mujer de su mérito y protagonismo en el acto de dar a luz. Estas frases, lejos de reconocer el papel activo y fundamental de la mujer en el proceso de parto, sugieren una visión paternalista y despectiva que minimiza su capacidad de decisión y su participación activa en su propia experiencia de parto.

Violencia verbal y/o física: se da de manera individual en algunos profesionales y se ve evidenciada a través de actitudes y/o comentarios como "no estás empujando bien, si sigues así te vas directa a una cesárea", "solo las prostitutas se hacen tantas revisiones", "las bragas rojas son de cabaretera" o "abre las piernas, no es para tanto" representan una

clara transgresión de la dignidad y el respeto hacia las mujeres, perpetuando así una cultura de control y desprecio hacia las pacientes.

En síntesis, la violencia gineco-obstétrica se manifiesta en dos facetas interconectadas: la violencia simbólica e institucional, así como la violencia psicológica y física.

La violencia gineco-obstétrica, al infringir los derechos fundamentales y humanos de las mujeres durante la atención médica, se posiciona claramente como una conducta antisocial que socava el bien común al vulnerar la integridad física, emocional y psicológica de las mujeres. La criminología, al definir como su objeto de estudio las conductas antisociales, encuentra en la violencia gineco-obstétrica un campo para su análisis.

A pesar de que la violencia gineco-obstétrica no se encuentra tipificada como delito en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal y por lo tanto no se define como delito jurídico, su impacto en el bien común y en la integridad de las mujeres la convierte en un delito sociológico. La criminología, al comprender en su estudio tanto el delito jurídico como sociológico, encuentra en la violencia gineco-obstétrica un campo para su análisis.

Dado que la violencia gineco-obstétrica engloba tanto dimensiones institucionales (violencia simbólica), como dimensiones individuales (violencia verbal y física) se necesita de una ciencia capaz de examinar tanto los aspectos sociales como individuales. La criminología, al comprender en su estudio ambos aspectos, encuentra en la violencia gineco-obstétrica un campo para su análisis.

Para poder prevenir de manera efectiva se requiere un profundo entendimiento de su etiología y las causas subyacentes que la propician. En la violencia gineco-obstétrica al ser tanto individual como social, se hace indispensable recurrir a una ciencia interdisciplinaria que sea capaz de estudiar esta problemática en sus dos facetas principales: la natural y la cultural. La criminología, al ser una ciencia interdisciplinaria, natural y cultural cuyo objetivo es la prevención, encuentra en la violencia gineco-obstétrica un campo para su análisis.

De esta forma, la violencia gineco-obstétrica presenta una dualidad de aspectos tanto individuales como sociales, caracterizándose por ser una conducta antisocial y un delito sociológico que demanda un enfoque interdisciplinario para su prevención y estudio. La criminología, definida por presentar su objeto de estudio en las conductas antisociales y su objetivo en la prevención, destacando por su naturaleza interdisciplinaria que abarca elementos tanto naturales como culturales, está singularmente equipada para analizar y abordar la violencia gineco-obstétrica.

Finalmente, se hace necesario destacar, que la criminología estudia la violencia de género, entendida según establece el Convenio de Estambul y la CEDAW, en todas sus dimensiones, por lo tanto que la violencia gineco-obstétrica no fuera estudiada por esta ciencia sería relegarla a un segundo plano y condenarla a su perpetuación.

En lugar de cuestionarnos por qué la criminología debería involucrarse en el estudio de la violencia gineco-obstétrica, la verdadera pregunta es por qué no lo haría. Es imperativo que la criminología, en su calidad de ciencia interdisciplinaria y orientada a la prevención, comience a reclamar firmemente su lugar en todos los ámbitos sociales donde existen víctimas. Esta disciplina no sólo está equipada para investigar y entender las dinámicas de la violencia social y personal, sino que también posee las herramientas necesarias para intervenir de manera efectiva y proactiva. Es hora de que la criminología ejerza su autoridad y aplique su vasto conocimiento en la lucha contra la violencia gineco-obstétrica, asegurando así protección y justicia para las víctimas en este y otros campos donde su intervención es crucial.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

2.1 REVISIÓN DE LITERATURA: MARCO TEÓRICO.

2.1.1 Violencia contra la mujer. Violencia de género.

Es importante destacar que se va a abordar el tema de la violencia de género conforme a las definiciones que aportan el Convenio de Estambul y la CEDAW, no conforme a la legislación española, que tipificada en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, tan solo recoge violencia de género como aquella ejercida en el ámbito de la pareja por parte del hombre.

Según el Convenio de Estambul, la violencia de género abarca cualquier acto de violencia basado en el género que resulte, o pueda resultar, en daño físico, sexual, psicológico o económico o en sufrimiento para la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurran en la vida pública o privada (Consejo de Europa, 2011). Por otro lado, la CEDAW define la discriminación contra la mujer como toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil, o en cualquier otra esfera (CEDAW, 1992).

Estas definiciones internacionales proporcionan un marco más completo para abordar la violencia de género y sus implicaciones.

Como se va a poder observar a través de las teorías del patriarcado, el poder médico y la medicalización del parto, se pone de manifiesto una relación de poder jerárquica entre médico y paciente que puede resultar en la pérdida de autonomía sobre el propio cuerpo por parte del paciente, tal y como se mostrará en los testimonios del apartado 2.1.4.

Se entiende, desde una perspectiva de la psicología social, que los seres humanos toman decisiones a través de un proceso cognitivo complejo que implica el pensamiento, las emociones y las influencias sociales. Sin embargo, es importante reconocer que gran parte de las decisiones y acciones están influenciadas por prejuicios y razonamientos rápidos que se forman de manera inconsciente. Estos prejuicios son construcciones mentales basadas en experiencias pasadas, interacciones sociales y los mensajes culturales que se reciben a lo largo de la vida. (Myers & Twenge, 2019)

Los prejuicios pueden afectar la forma en que se percibe a los demás, cómo se interpreta la información que se recibe y cómo se toman decisiones. A menudo, estos prejuicios están arraigados en estereotipos y sesgos que perpetúan desigualdades sociales, como el sexismo, el racismo o la discriminación de género. De la misma manera, los razonamientos rápidos, conocidos como heurísticas, nos permiten tomar decisiones de manera eficiente, pero también pueden llevarnos a conclusiones erróneas o injustas si no somos conscientes de ellos. (Myers & Twenge, 2019)

Las sociedades heredan prejuicios y estereotipos a través de un proceso intrincado de socialización y transmisión cultural que implica diversos agentes y mecanismos. Uno de los principales medios de esta transmisión es la socialización, donde desde temprana edad, los individuos absorben las normas, valores y creencias de su entorno familiar, educativo y comunitario. Durante este proceso, tanto los padres como otros modelos de autoridad pueden transmitir implícita o explícitamente actitudes sesgadas hacia ciertos grupos de personas, que luego son asimiladas por los niños. (Prevert et al., 2012)

Además, los medios de comunicación desempeñan un papel significativo en la difusión de prejuicios y estereotipos. A través de la televisión, el cine, la publicidad y las redes sociales, se perpetúan representaciones simplificadas y distorsionadas de diferentes grupos sociales, lo que puede reforzar los estereotipos existentes o incluso generar nuevos prejuicios en la sociedad (Prevert et al., 2012). Evidenciado queda con el relato de las “malas mujeres” en casos de violencia de género donde los medios juzgan el

comportamiento de las víctimas en vez del agresor como en el caso de Diana Quer (Pikara Magazine, 2022) o la manada.

Además, las costumbres, tradiciones y narrativas culturales pueden contener prejuicios arraigados que se transmiten de generación en generación, ¿qué mayor evidencia que la propia constitución? El artículo 57 “La sucesión en el trono seguirá el orden (...) siendo preferida siempre (...) en el mismo grado, el varón a la mujer (...)” (Constitución Española, 1978). Estos pueden manifestarse en forma de chistes, refranes populares, historias familiares o celebraciones culturales que refuerzan estereotipos sobre género, etnia, religión u otras características (Prevert et al., 2012). Bonino en su Teoría de los Micromachismos de 1990, clasifica comportamientos machistas cotidianos y sutiles explicando cómo pasan desapercibidos.

2.1.1.1 Identificación del origen.

En este sentido, el sexismo arraigado en la sociedad e instituciones actúa como un factor que amplifica la brecha de poder entre profesionales de la salud y mujeres, convirtiéndola en un abismo que obstaculiza aún más la autonomía y el control de las mujeres sobre sus propios cuerpos y decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva. Esta realidad implica que no solo persiste la relación jerárquica tradicional entre el poder médico y el paciente, sino que además se ve exacerbada por la presencia de prejuicios y prácticas sexistas arraigadas en la sociedad.

Junto al sexismo se destaca también el androcentrismo definido, según la Real Academia Española (RAE), como la consideración del hombre como centro de atención o como medida de todas las cosas. Es una perspectiva que coloca al hombre en el punto focal de la sociedad y, por ende, en la toma de decisiones y la configuración de las normas culturales y sociales.

Históricamente, el androcentrismo ha permeado todas las áreas de la vida, incluida la medicina, donde la investigación, el trabajo y el estudio estaban dominados por hombres. Esta hegemonía masculina creó un ciclo en el que las investigaciones y prácticas médicas giraban en torno a las necesidades y perspectivas masculinas, perpetuando así la supremacía del hombre, también y sobre todo en el ámbito médico.

Esta dinámica se refleja claramente en la violencia gineco-obstétrica, donde prácticas como no permitir que las mujeres escojan la posición para parir, la creación de la postura conocida como litotomía, la creencia de que se sabe lo que es mejor para las mujeres, la sobremedicalización de procesos fisiológicos como forma de control social, atar a las

mujeres durante el parto, hacer comentarios sexistas... se han llevado a cabo para beneficiar al hombre médico, pues por ejemplo la posición de litotomía se origina al permitir que el médico se posicione en una postura más cómoda para poder asistir el parto. Estas prácticas, arraigadas en el androcentrismo, han sido aceptadas durante mucho tiempo sin cuestionamiento, lo que ha llevado a su perpetuación en la actualidad, a pesar de ser contrarias a los derechos y la dignidad de las mujeres.

2.1.1.1.1 Teoría del patriarcado.

La teoría del patriarcado, desarrollada por autoras como Carol Gilligan y Nancy Chodorow, presenta un enfoque sociológico y feminista que examina las estructuras sociales, políticas y culturales que perpetúan la dominación masculina y la subordinación de las mujeres en la sociedad. Esta teoría sostiene que el patriarcado es un sistema de poder en el que los hombres tienen un control desproporcionado sobre los recursos, las instituciones y las relaciones sociales, mientras que las mujeres están relegadas a roles subordinados y desvalorizados. (Fontenla, 2008 & León Rodríguez, 2008)

- Friedrich Engels: En su obra "El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado", analiza cómo la opresión de las mujeres está relacionada con la propiedad privada y la institución de la familia monogámica. Argumenta que la subordinación de las mujeres surge con el desarrollo de la propiedad privada y la necesidad de transmitir la herencia a través de líneas patrilineales. (Engels, 1884/2017)
- Simone de Beauvoir: En "El segundo sexo", examina cómo las mujeres han sido históricamente relegadas a una posición de "otredad" en relación con los hombres, y cómo esta alteridad ha sido utilizada para justificar su opresión y subordinación en la sociedad patriarcal. (De Beauvoir, 1949/2016)
- Kate Millet: En "Política sexual", analiza las estructuras de poder que subyacen a la opresión de las mujeres en la sociedad patriarcal, incluyendo el control masculino sobre la sexualidad femenina y la dominación masculina en la esfera política, económica y cultural. (Millet, 1970)

En relación con la violencia obstétrica, la teoría del patriarcado proporciona un marco conceptual para comprender cómo los sistemas de poder y control masculino pueden manifestarse en la atención médica durante el parto. La violencia obstétrica se puede ver como una forma de control sobre el cuerpo de las mujeres durante el proceso de parto, en la que los profesionales de la salud ejercen su autoridad para imponer procedimientos médicos innecesarios, deshumanizar a las mujeres y negarles su autonomía y dignidad.

Esto refleja la forma en que el patriarcado opera para mantener la subordinación de las mujeres en la esfera de la salud reproductiva y perpetuar las estructuras de poder desiguales entre hombres y mujeres.

2.1.1.1.2 Teoría de la medicalización del parto y Teoría del poder médico.

La teoría del poder médico de Michel Foucault es una perspectiva crítica que examina cómo las instituciones médicas y los profesionales de la salud ejercen autoridad y control sobre los individuos, las familias y otros actores en el ámbito de la medicina. Esta teoría se centra en las relaciones de poder que se establecen dentro del sistema de atención médica y cómo estas relaciones afectan la toma de decisiones, la autonomía del paciente y la percepción de la salud y la enfermedad. (Elío-Calvo, 2021 & Gomes, 2005)

- Relaciones de poder asimétricas: Foucault sostiene que las relaciones entre médicos y pacientes están marcadas por una asimetría de poder, donde los profesionales de la salud tienen un conocimiento y una autoridad que les confiere poder sobre los pacientes. (Elío-Calvo, 2021 & Gomes, 2005)
- Medicalización de la vida: Foucault examina cómo la medicina moderna ha extendido su alcance más allá del tratamiento de enfermedades para abarcar aspectos de la vida cotidiana, como el parto y la reproducción. Esta medicalización de la vida conlleva un aumento del poder médico sobre los individuos y sus cuerpos. (Elío-Calvo, 2021 & Gomes, 2005)
- Normalización y control: Foucault también señala cómo el poder médico opera a través de la normalización y el control de las prácticas y comportamientos de las personas. Los estándares médicos y las normas de salud se utilizan para regular y disciplinar los cuerpos de los individuos, imponiendo una determinada forma de ser y comportarse. (Elío-Calvo, 2021 & Gomes, 2005)

Ahora que se ha explorado la teoría del poder médico de Foucault, se va a profundizar en una perspectiva que comparte una base conceptual similar, pero que se enfoca específicamente en el ámbito del parto y la atención obstétrica. Esta teoría, al igual que la de Foucault, examina cómo las instituciones médicas ejercen poder sobre los individuos, aunque se concentra de manera más específica en el proceso del parto y la atención obstétrica. (Elío-Calvo, 2021 & Gomes, 2005)

La teoría de la medicalización del parto, propuesta por Ivan Illich en su obra "Némesis médica", introduce el concepto de "iatrogénesis social", refiriéndose al impacto negativo de la medicalización en la sociedad al etiquetar como enfermas a personas sanas y medicalizar

aspectos de la vida que no necesariamente requieren intervención médica. Esta teoría cuestiona la creciente medicalización de la vida y aboga por una atención más humanizada y respetuosa en el proceso de gestación y parto, argumentando que la medicalización excesiva del parto ha llevado a la pérdida de autonomía y control por parte de las mujeres sobre sus propios cuerpos durante el proceso de dar a luz. (Illich, 1975)

- Medicalización como proceso social: la medicalización del parto no es simplemente un desarrollo técnico, sino un proceso social en el que la medicina moderna ha asumido un papel dominante en la atención al parto, desplazando prácticas tradicionales y comunales de dar a luz. (Illich, 1975)
- Medicalización como forma de control social: Illich sugiere que la medicalización del parto no solo tiene implicaciones médicas, sino también políticas y sociales. Al medicalizar el parto, se ejerce un control sobre las mujeres y sus cuerpos, perpetuando así las estructuras de poder patriarcales en la sociedad. (Illich, 1975)
- Reducción del parto a un problema médico: Illich critica cómo la medicalización ha reducido el parto, de ser un proceso natural y fisiológico, a un problema médico que requiere intervención y control por parte de los profesionales de la salud. Esta perspectiva médica ha llevado a una intervención excesiva en el parto, incluyendo la medicalización rutinaria de procesos que antes se consideraban normales. (Illich, 1975)
- Pérdida de autonomía y control: Illich argumenta que la medicalización del parto ha llevado a la pérdida de autonomía y control por parte de las mujeres sobre sus cuerpos y experiencias de parto. Las decisiones sobre el parto y el nacimiento se han transferido cada vez más a los profesionales de la salud, en lugar de ser tomadas por las propias mujeres y sus familias. (Illich, 1975)

La teoría de la medicalización del parto proporciona un marco para comprender cómo la violencia obstétrica puede surgir como resultado de la medicalización excesiva del parto. La intervención médica innecesaria, la falta de respeto a las preferencias y necesidades de las mujeres, y la pérdida de autonomía durante el parto pueden considerarse formas de violencia obstétrica que surgen de este proceso de medicalización. Además, la teoría de Illich subraya la importancia de devolver el control y la autonomía a las mujeres durante el parto, reconociendo el parto como un proceso natural que debe ser respetado y apoyado, en lugar de medicalizado y controlado. (Illich, 1975)

2.1.1.2 Comparativa Violencia Obstétrica y Violencia de Género.

Es importante destacar, que como se ha explicado anteriormente, se va a abordar el tema de la violencia de género conforme a las definiciones que aportan el Convenio de Estambul y la CEDAW, es decir, cualquier acto de violencia basado en el género (Consejo de Europa, 2011).

A continuación, se presenta una tabla que busca explicar cómo distintos procesos o protocolos médicos están fundamentados en bases antropológicas patriarcales y machistas. La antropología, el estudio de las sociedades humanas y culturas y su desarrollo, nos ayuda a entender cómo se han construido y perpetuado estructuras de poder y género a lo largo del tiempo. Estos protocolos médicos, en contextos como el del parto, reflejan una visión en la que se tiende a aislar a la mujer, asumiendo que, debido a su condición física y natural, no está en condiciones de tomar decisiones por sí misma. Este enfoque puede resultar en prácticas que efectivamente le quitan el control a la mujer sobre su propio cuerpo y experiencia, sometiéndola a una autoridad externa que decide por ella, perpetuando así dinámicas de dominación sobre la mujer incluso en entornos donde debería primar el respeto y la autonomía personal.

Tabla 1. La fundamentación antropológica de los procesos médicos sistematizados.

Rituales Hospitalarios (V.O)	Objetivo	Bases Antropológicas (V.G)
Separación de los familiares.	Conversión en pacientes.	Acatar procedimientos e intervenciones.
Camisón blanco estándar (uniforme).	Uniformización de atención.	Objetos de práctica sanitaria. Posesión del cuerpo de la mujer.
Despojo de pertenencias.	Protección.	Pierde identidad. Control. Estereotipo de feminidad.
Silla de ruedas.	Transporte.	Incapacidad / Control.
Proceso de purificación.	Enema, se prohíbe la alimentación e hidratación.	Estereotipos de feminidad, se considera a la mujer impura en virtud de sus fluidos.
Cama.	Realizar intervenciones de forma cómoda para el personal sanitario.	Posesión del cuerpo de la mujer / Control.
Serie de intervenciones.	Organización científica de las tareas para obtener el	Cadena de producción. Miedo. Secuelas físicas y

	mejor resultado.	psicológicas
“Consentimiento informado”.	Cumplir con la legalidad.	Lenguaje técnico de difícil comprensión. Pérdida de autonomía. Control
Inmovilización. Deber de permanencia en la cama.	Monitorear y explorar.	Sumisión / Control.
Inducción, aceleración que terminan conduciendo a un parto medicalizado.	Ciclo de locus de control externo.	Dolor / Miedo / Sumisión / Control.
Corriente intervencionista.	Decisiones rápidas, intervención tras intervención.	No se requiere el consentimiento. Pérdida de la autonomía.
Administración de Haloperidol	Calmar a la mujer que se queja. Por protocolo no es necesario pedir consentimiento.	Estereotipación mujer embarazada, por las hormonas está “loca” tanto que se ve correcto por protocolo administrar un antipsicótico.
Momento del parto, se permite la presencia de un acompañante.	Acompañamiento y apoyo emocional. El acompañante debe acatar dicho rol.	Dominación del personal sanitario. Control social informal / Sumisión.
Posición de litotomía.	Facilitar la intervención del personal.	Posición contranatural con la incapacidad física de la epidural. Control.
Comunicación autoritaria.	Incentivar el pujo o reprender la falta de colaboración.	Estereotipo de feminidad.
Comunicación entre profesionales en jerga técnica sin explicar a la paciente.	Pose autoritaria que evidencia la brecha entre “el saber” y el “no saber”.	Control / Indefensión aprendida.
Tras la expulsión, vuelta al aislamiento.	Suturas, tacto rectal, expulsión de la placenta, sondado y limpieza.	Sobreintervencionismo. Control.

Fuente: Elaboración propia a partir de Garre & Echevarría, 2015.

2.1.2 La violencia obstétrica como problema social.

Un problema social se caracteriza como una situación que impacta a un amplio porcentaje de la sociedad, obstaculizando su crecimiento y avance al crear obstáculos para la satisfacción de necesidades básicas y la consecución de metas. Estos dilemas pueden originarse a partir de diferencias económicas, políticas, carencias de recursos, pobreza,

violencia, entre otros factores. Es crucial destacar que los problemas sociales poseen una dimensión estructural que demanda cambios para alcanzar el bienestar general. (Arellano, 2023)

Así, se puede concluir que un problema social presenta las siguientes características: afecta a un gran número de personas, su impacto se extiende más allá de casos aislados, afectando a una parte significativa de la sociedad; genera efectos perjudiciales en amplios sectores sociales, tienen repercusiones que van más allá de los individuos directamente afectados, afectando a múltiples aspectos de la sociedad y requiriendo intervenciones a nivel sistémico; poseen una dimensión estructural, están arraigados en las estructuras y sistemas más amplios de una sociedad. Esta dimensión estructural se refiere a las normas, instituciones, políticas y prácticas que perpetúan o contribuyen a la existencia y persistencia de estos problemas, así requieren soluciones políticas e innovadoras; y finalmente, evolucionan con el tiempo, no son estáticos, pueden cambiar en su forma y contexto a medida que la sociedad evoluciona, lo que requiere adaptabilidad en las estrategias de intervención. (Ayala, 2020)

El sexo femenino representa el 51,006% de la población española (INE, 2024). Dado que la violencia obstétrica puede afectar a todo el sexo femenino en edad reproductiva, lo cual incluye a la larga a la totalidad de dicho sexo, se puede concluir que la violencia obstétrica afectaría a más de la mitad de la población española.

La violencia obstétrica puede incidir en dos niveles: en primer lugar, en la confianza depositada en el sistema de salud, lo cual puede resultar en una disminución de la asistencia a las consultas ginecológicas por parte de las mujeres, cabe recordar su importancia para una detección temprana de afecciones como el cáncer de mama y otras patologías relevantes para la salud femenina. En segundo lugar, a nivel familiar en el posparto, diversos estudios han documentado una asociación entre la administración de oxitocina sintética durante el parto y un mayor riesgo de depresión posparto (Kroll-Desrosiers et al., 2017). Esta situación puede generar una carga emocional adicional para la familia y afectar en el desempeño laboral de todos los miembros de la familia. Se evidencia que la violencia obstétrica repercute de manera indirecta en distintos sectores de la población.

La violencia obstétrica surge de sociedades patriarcales que normalizan y perpetúan prácticas y comportamientos que son asumidos por la sociedad en su conjunto, incluyendo tanto a los profesionales de la salud como a las pacientes. Estas dinámicas establecen una relación jerárquica deshumanizadora entre los profesionales de la salud y las pacientes, donde aquellos detentan el poder y la prioridad sobre estas últimas. (Mir & Gandolfi, 2021)

A lo largo de la historia, el proceso del parto ha experimentado una evolución significativa, desde antiguas tradiciones hasta enfoques modernos. Hipócrates, en el siglo V a.C., proporcionó la primera descripción documentada de un parto normal en su obra "Naturaleza del Niño". En tiempos antiguos, el parto solía ser asistido por el esposo, pero con el tiempo surgió la figura de la comadrona o partera, cuya práctica se consideraba un "arte" ya desde el año 6000 a.C.. La posición para dar a luz también ha variado a lo largo de los siglos, desde la posición vertical tradicional hasta la posición supina, adoptada por razones médicas y por comodidad para los profesionales de la salud. En el siglo XVIII, los primeros médicos comenzaron a involucrarse en la obstetricia, lo que marcó un cambio hacia una mayor medicalización del proceso de parto. (Natalben, 2019)

Como se puede observar, la mujer ha estado sometida en las sociedades patriarcales por relaciones jerárquicas que han ido evolucionando del marido a la matrona, y de la matrona al médico, España se encuentra en dicha última etapa, no obstante hay varios movimientos que están tratando de evolucionar a una última fase en la que se adapten las prácticas a las necesidades y preferencias de las mujeres para garantizar un proceso seguro y respetuoso, aportando a la mujer una participación activa en su parto, donde se abandone la idea de que "todo parto es complicado hasta que se demuestre lo contrario". (Natalben, 2019)

Queda así evidenciado cómo la violencia obstétrica constituye un problema social, al cual se le debe poner una solución ya no solo porque la sociedad comienza a demandarlo, sino también porque órganos como la ONU o la CEDAW han condenado varias veces a España por violencia obstétrica aconsejando a que el sistema de atención médica a la maternidad mejore en términos de respeto a los derechos humanos (Naciones Unidas, 2022). Resulta preocupante que se sigan aplicando métodos médicos desaconsejados por la OMS desde 1985 y prohibidos en varios países europeos como Reino Unido (Jiménez, 2022).

2.1.2.1 Limitaciones y cifra negra.

La violencia obstétrica surge en contextos socioculturales patriarcales que no solo la normalizan, sino que también la perpetúan mediante la adopción generalizada de ciertas prácticas y actitudes. Esta aceptación y adopción sin cuestionamiento contribuyen a su invisibilización y normalización en la sociedad. La falta de cuestionamiento de lo que se considera "normal" respecto a la violencia obstétrica obstaculiza los esfuerzos por cuantificar y comprender este fenómeno. (Rodríguez Muñoz, 2018)

De esta forma, una de las limitaciones más significativas radica en la falta de conciencia que tienen las víctimas sobre el concepto de violencia obstétrica, lo que dificulta su reconocimiento y denuncia. A menudo, las mujeres que han experimentado violencia

obstétrica no son conscientes de haber sido víctimas de ella. Esta falta de conciencia se evidencia en encuestas donde, al preguntar directamente sobre la violencia obstétrica, la respuesta suele ser negativa. Sin embargo, cuando a continuación se les pregunta si han sufrido de prácticas innecesarias, dolorosas y sin consentimiento, la respuesta es afirmativa. (Martínez-Galiano et al., 2021)

Cabe destacar que a pesar de hacerse evidente dicha congruencia, no existe ningún estudio que indique el porcentaje de cifra negra, puesto que no se presentan datos disjuntos. La investigación propia realizada pretende contribuir a este aspecto.

Además, la escasez de estudios que aborden los posibles casos de violencia obstétrica sufrida por las mujeres pacientes agrava su invisibilidad y la falta de datos precisos sobre la prevalencia y las consecuencias de esta forma de violencia. Esta falta de visibilidad dificulta la identificación de patrones, la evaluación de impactos y la implementación de medidas preventivas y correctivas efectivas. (Rodríguez Muñoz, 2018)

Por otro lado, la violencia obstétrica tradicionalmente se ha asociado con el embarazo, parto y posparto, no obstante, existe un reconocimiento creciente de que las prácticas médicas invasivas, coercitivas o abusivas pueden ocurrir en otros contextos de atención médica para mujeres, como exámenes ginecológicos rutinarios, procedimientos quirúrgicos no relacionados con el parto o el aborto, y en la atención a pacientes con trastornos de salud reproductiva (García, 2019). Esta ampliación del alcance de la violencia obstétrica se encuentra recogida en España en la ley 5/2008 tras su reforma, Ley 17/2020 en su artículo 4 apartado d, no obstante no es una acepción recogida por organismos como la OMS o el Observatorio de Violencia Obstétrica.

La falta de consenso en la definición de violencia obstétrica ha llevado a que las pocas definiciones existentes se centren únicamente en las personas gestantes. Esta limitación refleja una brecha en la comprensión y el reconocimiento de la violencia obstétrica, así como en las investigaciones que suelen ir exclusivamente dirigidas a personas gestantes.

Por lo tanto, resulta fundamental fomentar la investigación en torno a la violencia obstétrica para comprender su verdadero alcance, sensibilizar a la sociedad y mejorar la atención y protección de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto. (Rodríguez Muñoz, 2018)

2.1.3 Definición y características de la violencia gineco-obstétrica.

Actualmente no existe un consenso mundial en cuanto a la definición de violencia obstétrica. En España, no se reconoce a nivel legal la violencia gineco-obstétrica, lo más

cercano que se puede encontrar se halla en la Ley Orgánica 2/2010, en su última modificación de marzo de 2023, en el artículo 2.7 que define la violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo como:

2.7 Violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo: Todo acto basado en la discriminación por motivos de género que atente contra la integridad o la libre elección de las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, su libre decisión sobre la maternidad, su espaciamiento y oportunidad.

No obstante, aunque únicamente a nivel autonómico, Cataluña reconoce la violencia obstétrica en su Ley 5/2008, tras su modificación, Ley 17/2020 del 22 de diciembre, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, el artículo 4d establece que:

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

Las intervenciones durante el parto pueden resultar inesperadas para las mujeres que las experimentan. Según el European Perinatal Health Report, España se destaca como un país con altos niveles de intervencionismo en el parto, ocupando posiciones prominentes en términos de partos instrumentales, inducciones, episiotomías y cesáreas. De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un parto medicalizado es aquel que, a pesar de haberse iniciado de manera espontánea, es dirigido mediante el uso de oxitocina sintética, rotura de membranas y otras prácticas destinadas a acelerar su proceso. Esta situación conduce a lo que se conoce como una "cascada de intervenciones", un ciclo que se retroalimenta, donde la aplicación de una intervención conduce a la necesidad de más intervenciones. (García, 2018)

Por ejemplo, una inducción del parto realizada prematuramente puede resultar en contracciones dolorosas, lo que lleva a la administración de la epidural para aliviar el dolor.

Sin embargo, la epidural puede ralentizar el progreso del parto, eventualmente resultando en la necesidad de una cesárea o la instrumentalización de un parto vaginal. Este patrón ilustra la dinámica de la cascada de intervenciones, que termina en un parto fuera de tiempo, altamente medicalizado, dejando a la mujer en un estado de pasividad sin comprender completamente lo que está ocurriendo. En consecuencia, lo que inicialmente se pretendía evitar con la intervención termina siendo exactamente lo contrario, con el abuso de intervenciones prolongando innecesariamente el proceso de parto. (García, 2018)

No obstante, no se limita al embarazo, parto y puerperio. Se extiende a todas las prácticas gineco-obstétricas, desde las revisiones ginecológicas hasta el parto mismo, muchas mujeres son presas de un sistema que ignora sus necesidades, desestima sus experiencias y las somete a un trato inhumano y sobremedicalizado. (García, 2018)

La definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 subraya que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades. En este contexto, la violencia obstétrica no solo constituye la punta del iceberg, sino que también se sustenta en otras formas de violencia, como la cultural, donde las mujeres se encuentran en un estado de indefensión aprendida respecto a los profesionales de la salud, y la estructural, que se manifiesta en la falta de respeto hacia el acceso a la información y la toma de decisiones de las mujeres.

Esto ha de quedar muy claro pues como se verá más adelante las mayores reticencias por parte de la comunidad sanitaria presentan su origen en considerar que la violencia obstétrica es aquella ejercida por parte del personal sanitario, cuando esta es únicamente una de sus variantes, la violencia obstétrica también es el ejercicio de protocolos médicos que consideran que la mujer “debe comportarse siguiendo las indicaciones de los médicos por ser incapaz de tomar sus propias decisiones”, reprueba la CEDAW, “un estereotipo de género que retrata a las mujeres como histéricas, locas, exageradas y quejasas”, añade (Fernández, 2023).

Por ejemplo, la sentencia 11/2023, de 23 de febrero, del Tribunal Constitucional, también conocido como “caso Oviedo”. Una mujer presentaba un embarazo sano de 42 semanas y 3 días cuando surgió una situación alarmante. A pesar de los controles rutinarios que indicaban que todo estaba en orden, el Hospital recomendó su ingreso para inducir el parto. Sin embargo, ella optó por regresar a su hogar. Pero la situación tomó un giro inesperado cuando el Hospital activó un mecanismo que remitió al juzgado un informe médico, alegando que la vida del bebé corría peligro. La jueza del Juzgado de Instrucción nº1 de Oviedo ordenó entonces el traslado forzoso de la mujer al HUCA, sin haberla escuchado en ningún momento. A pesar de que el parto ya había comenzado cuando la policía llegó para

buscarla, la orden se ejecutó, privando a la mujer de su libertad y trasladándola al hospital. (Tribunal Constitucional, 2023)

La ginecóloga que la recibió no comprendía la orden judicial quien tras explorar a la gestante documentó lo siguiente: “No creemos conveniente otro tipo de intervención urgente por nuestra parte en el momento actual, que por otro lado podría aumentar aún más el estrés de la pareja. Se evaluará mañana la situación de la gestante, a no ser que se modifiquen las condiciones obstétricas actuales” (Guillén, 2022). Como resultado del estrés y la interrupción del proceso natural, se requirió una cesárea, a pesar de que la urgencia inicial ya había desaparecido. (Tribunal Constitucional, 2023) El hecho de que se falle en favor del hospital por seguir los protocolos necesarios solo evidencia la existencia de un sistema sanitario anticuado que da la razón a las reprimendas que realiza la CEDAW. (Observatorio de Violencia Obstétrica, 2022)

2.1.4 Estadísticas de instituciones oficiales vs estadísticas españolas.

Entre las diversas manifestaciones de esta forma de violencia, se procede a exponer la aplicación de ciertas prácticas médicas, entre muchas, que, si bien están destinadas a facilitar el proceso del parto, pueden resultar invasivas, perjudiciales y sin respaldo científico claro. Siendo una de las más preocupantes la sobremedicalización de los procesos de parto y atención obstétrica.

Entre las prácticas médicas asociadas a la sobremedicalización, destacan el aumento alarmante de las cesáreas y la creciente prevalencia de partos vaginales instrumentalizados, que van en aumento mientras los partos vaginales naturales disminuyen. (Ministerio de Sanidad, 2021)

Al concluir cada práctica, se incluirán breves testimonios de mujeres que han experimentado violencia gineco-obstétrica en el siglo XXI. Debido a las restricciones de extensión, se presentarán únicamente algunos testimonios.

- Obtención de consentimiento de forma involuntaria o con deficiencia en la información.

El consentimiento es el acto mediante el cual una persona autoriza voluntariamente un proceso. En el contexto médico, el consentimiento es esencial para garantizar que los pacientes participen activamente en las decisiones sobre su atención médica y que sus derechos y autonomía sean respetados. (Guillen, 2009)

Por otro lado, la información proporcionada al paciente es fundamental para que este pueda tomar decisiones informadas y conscientes sobre su salud. Esta información debe ser clara, comprensible y completa, permitiendo al paciente comprender plenamente la naturaleza de su condición médica, así como las opciones de tratamiento disponibles y sus posibles consecuencias. (Guillen, 2009)

De esta forma, el consentimiento informado es el resultado de un proceso, donde el paciente ha recibido información suficiente para comprender los aspectos relevantes de su atención médica y ha dado su consentimiento de manera voluntaria y libre de coerción. (Guillen, 2009)

La importancia del consentimiento informado radica en su papel fundamental para empoderar a los pacientes y promover el principio de "mi cuerpo, mi decisión". Al garantizar que los pacientes estén plenamente informados y tengan la oportunidad de participar en las decisiones sobre su atención médica, se respeta su autonomía y se fomenta el respeto por sus derechos como individuos. (Guillen, 2009)

El mismo estudio revela que un total del 83,4% de las mujeres encuestadas informaron que no se les solicitó proporcionar un consentimiento informado. Este hallazgo destaca una preocupante falta de prácticas adecuadas de consentimiento informado en los entornos de atención obstétrica. (Mena-Tudela et al., 2020)

"En la semana 40 me hizo un tacto y me hizo daño. Me dijo que me había hecho una separación de membranas. Yo me quedé en shock porque en mi plan de parto ponía explícitamente que me negaba a la maniobra de Hamilton. No podía levantarme, ni cocinar, todo consecuencia de la maniobra". (Rtve, 2022)

"Me dice: «Te voy a coser». Y luego pregunto: «¿Pero es que me he desgarrado mucho?». Claro, a mí nadie me había dicho que me habían hecho una episiotomía". (Rtve, 2022)

"Me llevaron al quirófano, me ataron los brazos en cruz, no entendía nada", recuerda. Cuenta que pidió explicaciones y le justificaron que era necesario sujetarla para evitar que intentara tocarse. Una vez se encontraba en esa posición intentaron extraerle el niño con unos fórceps, una herramienta similar a unas pinzas: "Yo noté como que me arrancaban las entrañas, empecé a llorar y dije que me dolía". Asegura que sufrir esa situación tan agresiva le produjo un fuerte estrés postraumático durante meses. Después de protestar la sedaron sin pedirle permiso. (Blázquez, 2022)

- Revisiones Ginecológicas.

La Asociación de Mujeres para la Salud llevó a cabo una investigación para evaluar la percepción de las mujeres sobre los servicios de ginecología en España. La encuesta, dirigida a casi 2.000 mujeres de todo el país, tenía como objetivo analizar las experiencias y el grado de comodidad de las mujeres en los servicios ginecológicos a los que habían acudido a lo largo de sus vidas, así como identificar aspectos que les resultaron perturbadores y sugerir posibles mejoras en dichos servicios. (Asociación Mujeres para la Salud, 2022)

Los resultados de la encuesta revelaron que aproximadamente la mitad de las mujeres participantes informaron haber experimentado algún tipo de malestar durante sus consultas ginecológicas. Específicamente, el 49% de las encuestadas respondió afirmativamente a la pregunta "¿Te has sentido violentada en un servicio de ginecología?". Aunque la otra mitad negó haberse sentido violentada, muchas expresaron en las secciones abiertas del cuestionario haber vivido situaciones desagradables, especialmente en relación con el trato recibido y los procedimientos médicos llevados a cabo. (Asociación Mujeres para la Salud, 2022)

Se destacó la presencia de un trato inadecuado, que en ocasiones rozaba la violencia, y la ausencia de relaciones basadas en el respeto y la equidad entre el personal médico y las pacientes. (Asociación Mujeres para la Salud, 2022)

Por otro lado, las conductas verbales médicas despectivas o inapropiadas representan una faceta significativa y perturbadora de la violencia obstétrica. Estas conductas pueden incluir comentarios despectivos, juicios de valor sobre las decisiones de las mujeres respecto a su cuerpo y su proceso de parto, así como la falta de respeto hacia su autonomía y dignidad. Aunque estas conductas pueden parecer sutiles en comparación con formas más visibles de violencia obstétrica, su impacto emocional y psicológico en las mujeres puede ser profundo y duradero. (Sociedad Marcé Española (MARES), 2020)

Un estudio reciente ha revelado que un 34,5% de las mujeres encuestadas reportaron haber experimentado críticas hacia su comportamiento por parte del personal médico a través de comentarios irónicos o despectivos. (Mena-Tudela et al., 2020)

Tras quejarse a su ginecólogo de que le estaba haciendo daño, este le comentó que "seguramente que con el novio no le dolía". (López, 2023)

Clara tenía diagnosticada una infección vaginal que le causaba mucho malestar. Mientras esperaba una cita con su especialista habitual, empeoró. Comenzó a tener fiebre y decidió ir a los servicios de urgencias. Dar el paso para acudir al ginecólogo no

es fácil para ella. "Le avisé de que tengo vaginismo —una disfunción sexual femenina que consiste en la contracción involuntaria de los músculos de la vagina—. Pero era necesario realizarle un cultivo, a pesar de que ya tenía un diagnóstico previo. "Lo entendí, aunque me pilló de sorpresa y, con mi condición, me puse mucho más nerviosa y comencé a llorar. Es algo que me causa muchísimo dolor". Con nervios y ansiedad se reclinó, semidesnuda, en la camilla para comenzar la exploración. En ese momento, esta joven necesitaba que alguien le ayudara a sobrellevar el mal rato, que le diera tranquilidad, seguridad. Y pasó justo lo contrario. Él, al observarme las partes íntimas, dijo un comentario muy desagradable, "pues depílate sí que te depilas, eh". (López, 2023)

- El plan de parto.

El plan de parto se puede definir, según la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Observatorio de Salud de las Mujeres en 2002, como un documento formal en el cual la mujer embarazada expresa de manera escrita sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas con respecto al proceso del parto y al nacimiento de su bebé. El plan de parto no pretende establecer una rigurosa planificación de cómo debe desarrollarse, dado que este proceso está sujeto a múltiples variables impredecibles de carácter fisiológico. En lugar de ello, el plan de parto se concibe como una herramienta para expresar las preferencias individuales de la mujer, adaptándose así a las particularidades de cada situación. No pretende sustituir la información y la atención proporcionada por los profesionales de la salud, sino que actúa como un complemento de estas

El momento idóneo para elaborar el plan de parto abarca desde las semanas 28 a 32 del embarazo, aunque puede ser confeccionado en cualquier etapa de la gestación. Es relevante destacar que durante el proceso, la mujer tiene la facultad de modificar o incluso revocar total o parcialmente su plan de parto según lo requiera la situación.

No obstante, en numerosas ocasiones, se presentan casos en los que los hospitales rechazan el Plan de Parto de las mujeres embarazadas, llegando incluso a negarse a recibirlos. Estos planes, que representan documentos con el valor de consentimiento informado, son fundamentales para garantizar que la atención médica durante el parto responda a las preferencias y necesidades de la mujer. (Guillén & El parto es nuestro, s. f.)

El derecho al consentimiento informado, consagrado en la legislación española, reconoce a todo individuo el poder de aceptar o rechazar tratamientos médicos. Esta prerrogativa, inherente a la dignidad humana, es independiente de la indicación médica y se extiende a

las decisiones relacionadas con la salud y el cuerpo de la mujer, así como el de su hijo. (Guillén & El parto es nuestro, s. f.)

A pesar de esta protección legal, los hospitales, en ocasiones, se basan en protocolos o guías clínicas para justificar la negativa a aceptar los Planes de Parto de las mujeres. Sin embargo, es importante señalar que los protocolos no están diseñados para limitar los derechos de los usuarios, sino para orientar las prácticas médicas según las mejores evidencias disponibles. (Guillén & El parto es nuestro, s. f.)

Es relevante destacar que muchas mujeres simplemente buscan que se respeten las recomendaciones respaldadas por la evidencia científica, como la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad, en lugar de solicitar procedimientos arbitrarios. Por lo tanto, negar el Plan de Parto constituye una violación del derecho al consentimiento informado y una negación de una atención médica respetuosa y basada en evidencia. (Guillén & El parto es nuestro, s. f.)

Uno de los aspectos más deficitarios que se observa comúnmente en la mayoría de los centros de atención médica es la promoción del plan de parto. A pesar de que el plan de parto es una herramienta crucial que permite a las mujeres expresar sus preferencias y expectativas respecto al proceso del parto, su fomento sigue siendo insuficiente en muchas instituciones. Este déficit impide que las futuras madres participen activamente en las decisiones sobre su atención, limitando su autonomía y potencialmente su satisfacción con la experiencia del parto. (Observatorio de Salud de las Mujeres, 2012)

Días antes había presentado en el hospital su plan de parto y, más que ayudar, Nahia tiene la sensación de que no sentó bien. “Era un plan muy abierto, básicamente pedía que se me consultaran las prácticas y que me informaran. También contemplaba la posibilidad de la cesárea y solo decía que mi marido me acompañara y que me dejaran estar con el bebé. No respetaron nada”. (Aguilar, 2022)

Durante el expulsivo me sentí violentada con tanta gente en el paritorio. La maniobra de Kristeller, que expresamente había rechazado en el plan de parto, fue el remate. (Oliver et al., 2024)

- Primeras intervenciones.

El proceso de atención médica durante el parto involucra una serie de intervenciones que, aunque protocolarias en muchos hospitales, carecen de evidencia científica sólida y pueden causar más daño que beneficio a las mujeres. Por ejemplo, prácticas como la

amnioscopia, el enema, la depilación del vello púbico y la colocación rutinaria de una vía intravenosa son cuestionables en términos de su utilidad y seguridad. (García, 2018)

La amnioscopia, utilizada para evaluar el líquido amniótico, es invasiva y puede generar falsos positivos, lo que pone en entredicho su relación beneficio-riesgo. El enema, administrado para evitar la defecación durante el parto, carece de utilidad demostrada y puede causar molestias innecesarias. La depilación del vello púbico, una práctica protocolaria para prevenir infecciones, no está respaldada por evidencia y puede aumentar el riesgo de complicaciones. La colocación rutinaria de una vía intravenosa, aunque considerada una garantía de seguridad por algunos profesionales, limita los movimientos de la mujer y puede llevar a intervenciones médicas innecesarias. (García, 2018)

Además, restricciones como la prohibición de comer y beber durante el parto, bajo el pretexto de evitar complicaciones, carecen de fundamentos científicos y pueden tener consecuencias negativas para la madre y el bebé. Estudios recientes muestran que permitir la ingesta libre de alimentos y líquidos durante el parto no aumenta la morbilidad y puede incluso reducir la necesidad de intervenciones médicas como las cesáreas. (García, 2018)

El proceso de atención médica durante el parto ha estado históricamente marcado por una serie de intervenciones que se realizan de manera sistemática, favoreciendo la comodidad y los procedimientos rutinarios del personal sanitario, como la amnioscopia, el enema, la depilación del vello púbico y la colocación de una vía intravenosa. Estas prácticas no sólo han demostrado ser innecesarias en muchos casos, sino que también pueden resultar invasivas y generar incomodidad, además de exponer a las mujeres a riesgos de complicaciones innecesarias. Sin embargo, cambiar estas prácticas protocolarias está siendo un desafío debido a la inercia de las tradiciones médicas. (Observatorio de Salud de las Mujeres, 2012)

Lucia Alcaraz, comadrona y coordinadora de la Casa Laietània- Centre de Nacimientos de Germans Trias. "Que te obliguen a dar a luz jefe por arriba, que no te dejen comida, beber, caminar o moverte libremente, que no te dejen estar con tu acompañante con excusas rocambolescas o que te separen de tu bebé sin una razón superpoderosa". (Pellicer, 2023)

A ver, una cosa no me gustó: no me gustó que me pusieran enema, y tampoco me gustó que la primera auxiliar me regañara cuando me hice caca a pesar del enema. Porque sí fui al baño dos veces primero. (García, 2018)

En el primer parto, pensaron que iba a ser parto vaginal, por aquello de que había que rasurarlo por protocolo, cogen guantes, cogen cuchilla, y tracatrac. No se me pidió mi opinión. (García, 2018)

- Tacto vaginal.

El tacto vaginal constituye una práctica diagnóstica fundamental para la determinación del inicio y la evolución del trabajo de parto, según directrices de la OMS. Este procedimiento debe ser ejecutado exclusivamente por personal altamente calificado, asegurándose de mantener una higiene rigurosa mediante el lavado de manos y el uso de guantes estériles. (El Parto es Nuestro, s. f.-e)

Además, es imperativo restringir la frecuencia de los exámenes vaginales al mínimo indispensable, con el objetivo de minimizar el riesgo de infecciones y otras complicaciones potenciales para la paciente. La limitación en el número de estos exámenes es una medida que busca optimizar tanto la seguridad como el confort de la mujer durante el parto. (El Parto es Nuestro, s. f.-e)

A menudo se realizan con frecuencia y sin consentimiento, aumentando el malestar de la mujer y el riesgo de infección. (García, 2018)

Hasta que cuando salió de cuentas, en la consulta, uno de ellos le pidió que se tumbara en la camilla para inspeccionarla. "Me metió la mano en la vagina, me hizo muchísimo daño, yo empecé a quejarme", recuerda. Asegura que el médico tiraba de ella para evitar que reculara mientras le decía: "No te quejes tanto, que por aquí tiene que salir tu hijo". (Blázquez, 2022)

Lucía Alcaraz, comadrona y coordinadora de la Casa Laietània- Centre de Nacimientos de Germans Trias. "El hecho de que entre un profesional y no se presente y además te haga un examen vaginal sin ni pedirte permiso o explicarte la finalidad es violencia obstétrica". (Pellicer, 2023)

- Aceleración del parto e inducción al parto.

El proceso de aceleración del parto involucra diversas prácticas médicas que pueden tener efectos adversos y complicaciones para las mujeres. Una de estas prácticas es la amniotomía, o rotura artificial de membranas, que se realiza para acelerar el parto, a pesar de que está asociada con un aumento del riesgo de infección y de patrones anormales en la frecuencia cardíaca fetal. A menudo, esta intervención se lleva a cabo de manera sutil, lo

que dificulta que las mujeres sepan si les han roto la bolsa o si ha sido un proceso espontáneo. (García, 2018)

Otra técnica común para acelerar el parto es la administración de oxitocina sintética, que puede aumentar las contracciones uterinas. Sin embargo, su uso protocolario puede llevar a un incremento en el riesgo de intervenciones médicas innecesarias, como la cesárea. Además, la oxitocina sintética puede tener efectos secundarios adversos, como taquisistolía, hipertonía uterina y un mayor riesgo de sufrimiento fetal y hemorragia posparto. (García, 2018)

La inducción del parto implica estimular las contracciones uterinas durante el embarazo antes de que el parto se inicie de forma natural. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la inducción del parto no se recomienda en embarazos sin complicaciones antes de las 41 semanas de gestación. Por lo tanto, siempre que se realice esta técnica, los beneficios deben superar los riesgos asociados. Sin embargo, en España se observa una tendencia al alza en la práctica de la inducción del parto. En 2010, la tasa de inducción del parto fue del 18,6%, mientras que en 2018 aumentó al 34,6% (Ministerio de Sanidad, 2021). Es importante destacar que se estima que al menos el 50% de los partos inducidos terminan en cesárea, lo que plantea interrogantes sobre la práctica y sus implicaciones (Pruenza, 2021).

La inducción del parto, ya sea mediante prostaglandinas u oxitocina sintética -la oxitocina sintética es considerada un fármaco de alto riesgo por instituciones como la Asociación Americana del Medicamento (FDA) y el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) de España-, método utilizado también para acelerar el proceso. Sin embargo, su aplicación rutinaria y protocolaria puede llevar a una cascada de intervenciones médicas y aumentar el riesgo de cesárea. Es importante destacar que la inducción del parto debe realizarse solo cuando esté justificada por la presencia de factores de riesgo y tras una evaluación cuidadosa del riesgo y beneficio para la madre y el bebé. (García, 2018)

Marta llega con síntomas de parto al Hospital 12 de Octubre de Madrid. No está dilatada, así que le ponen oxitocina para acelerar el parto y, además, le rompen la bolsa. Como su deseo es un parto medicalizado, le parece algo normal, y confía ciegamente en lo que están haciendo los médicos "aunque tampoco me preguntaron". (Cilleruelo, 2024)

Les dije que quería esperar al menos el tiempo indicado porque prefería no tener una inducción al parto pero no hubo forma. Me dijeron que no me iban a inducir a las cuatro de la mañana, les aseguré que no me importaba esperar hasta las ocho, pero nada. (Aguilar, 2022)

- No permitir la elección de posición.

La litotomía, una posición habitualmente utilizada en los hospitales para facilitar el parto, ha sido objeto de críticas en la literatura médica debido a su potencial impacto negativo en el proceso obstétrico y en la experiencia de parto de las mujeres (Essencial, 2023). Esta posición, que implica que la mujer esté acostada sobre su espalda con las piernas elevadas y separadas, puede resultar más favorable para los profesionales médicos que para las mujeres mismas (El parto es nuestro, 2011). Su uso limita la movilidad de la mujer, contraviniendo el proceso natural del parto al actuar en contra de la gravedad, lo que puede dificultar el progreso del parto y aumentar el riesgo de complicaciones como lesiones en el periné y la necesidad de intervenciones médicas adicionales, como la administración de anestesia. (Da Silva Carvalho & Santana-Brito, 2017)

Por consiguiente, es imperativo que las mujeres tengan la libertad de elegir la posición más cómoda y beneficiosa para ellas durante el parto. Alternativas como el sillón de partos o la posición SIMS (parir tumbada de lado), se han reconocido como opciones viables que pueden prevenir lesiones y proporcionar un mayor grado de comodidad durante el proceso de parto. La evidencia científica respalda estas alternativas, demostrando que en mujeres sin anestesia epidural, las posiciones verticales durante el parto ofrecen beneficios significativos en comparación con las posiciones horizontales. Estos beneficios incluyen una reducción en la necesidad de intervenciones médicas y una mejora general en la experiencia del parto. En consecuencia, la promoción de la libertad de elección de posición durante el parto emerge como un principio fundamental para optimizar los resultados maternos y garantizar una atención obstétrica centrada en las necesidades y preferencias individuales de las mujeres. (Da Silva Carvalho & Santana-Brito, 2017)

En España, el porcentaje de partos en los que se ha mantenido la posición de litotomía alcanza el 87,4%. Esta cifra refleja la prevalencia de una práctica tradicional en la atención obstétrica facilitando así el acceso y la visualización del canal de parto por parte del personal médico más adecuada para éste que para la madre. Aunque esta postura ha sido la norma durante décadas, actualmente se discute su necesidad y se promueve la adopción de posiciones más naturales y menos invasivas para el parto, en línea con las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) e internacionales que abogan por prácticas que respeten más la autonomía y el confort de la mujer durante el trabajo de parto. (Observatorio de Salud de las Mujeres, 2012)

"A partir de ahí todo va a peor. Sé que se trata de un parto de urgencia, pero no de emergencia. Ni siquiera me dejaron pujar". Un médico saca los fórceps mientras otro realiza episiotomía. "Me sacaron al niño tirando de él. Me pusieron en posición de

litotomía, que dificulta el parto, pero para los sanitarios es mucho más fácil. La episiotomía que me hicieron era desproporcionada y, además, nadie me iba informando de nada". El niño está fuera y sano, pero las secuelas para la madre van a ser enormes. "Vas a necesitar mucha rehabilitación eh, que tú eres muy laxa" es la primera frase que escucha después de parir. (Cilleruelo, 2024)

Me ataron de piernas y brazos, ¿por si acaso?. Tras quince horas en el hospital estaba exhausta, asustada y aún no entiendo por qué lo hicieron. Pedí que me aflojaran las correas de los brazos porque no llegaba a agarrarme a los estribos para ayudarme a pujar, pero de forma lacónica se limitaron a responderme que no me hacía falta. Tenían razón, me cortaron, metieron una ventosa, una matrona empujó su antebrazo contra mi vientre y mi bebé estaba fuera. No digo nació porque creo que eso no lo define. Por si acaso. No hubo sufrimiento fetal, nada se complicó, no hubo ningún problema en ningún momento pero se curaron en salud. (El parto es nuestro, 2019)

- Maniobra de Kristeller.

Según la Guía de la Organización Mundial de la Salud sobre Atención al Parto Normal de 1996, la maniobra de Kristeller, que implica la aplicación de presión en el fondo uterino durante el parto, se clasifica dentro de la categoría C. Esta clasificación indica que no existen evidencias sólidas que respalden su aplicación, y se aconseja su uso con precaución hasta que nuevos estudios aporten mayor claridad sobre su eficacia y seguridad. De esta forma tanto la OMS en 1996 como el Ministerio de Sanidad en España no recomiendan la utilización de dicha práctica. (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2010)

En el contexto español, se ha constatado que alrededor del 46,4% de las mujeres han sido sometidas a esta maniobra durante el proceso de parto. Esta práctica, realizada típicamente en la segunda etapa del trabajo de parto, plantea interrogantes acerca de su pertinencia y consecuencias en el marco de la atención obstétrica contemporánea. (Recio Alcaide & Cuerpo de Estadísticos del Estado, 2015)

"Cogieron una banqueta y uno de los ginecólogos se echó sobre mi barriga. La matrona por el otro lado empujaba también mi barriga". Asegura que sufrió un dolor muy fuerte: "Creí que me mataban. A mí y a mi hijo". La intervención provocó la avulsión de varios nervios del brazo izquierdo de su pequeño. A pesar de que le operaron a los 3 meses y lleva en rehabilitación sus 7 años de vida, todavía no ha recuperado por completo la movilidad en el brazo. (Blázquez, 2022)

Al ver que Sonia no conseguía dilatar lo suficiente, primero le hicieron la maniobra Kristeller, totalmente desaconsejada por las autoridades sanitarias. "Dos enfermeras se sentaron casi encima de mi barriga para ejercer presión sobre el útero y así con suerte que el bebé empezara a empujar. Es de las situaciones más horribles que viví", relata. "Ya no es solo el dolor físico, es que te sientes juzgada y desamparada. Tener que escuchar: 'Mira bonita, yo estoy haciendo mi trabajo y si has venido a parir, pares'". (Pérez, 2022)

- Episiotomías.

La episiotomía es un procedimiento obstétrico que implica la realización de una incisión en la parte inferior de la vagina, el anillo vulvar y el tejido perineal durante la fase expulsiva del parto, con el propósito de acortar este período y facilitar la salida del feto. No obstante, esta práctica ha sido objeto de debate debido a la evidencia científica que sugiere efectos adversos, como desgarros perineales de tercer y cuarto grado, así como disfunción del esfínter anal postparto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que una tasa de episiotomías superior al 20% carece de justificación, y establece como objetivo recomendado un porcentaje inferior al 10%, mientras que el Ministerio de Sanidad propone como estándar de calidad una tasa menor al 15%. (García-Lorca et al., 2019)

En España, en 2018, se registró una preocupante tasa del 27,52%, no obstante, es relevante destacar que esta cifra ha disminuido significativamente desde el 42.1% observado en 2010 (Ministerio de Sanidad, 2021).

"Al momento de una contracción, Martín se había subido por el hecho de haberme acostado, así que, para emplear unas palas para abrirme, me hicieron una episiotomía sin consentimiento. Empecé a empujar mientras gritaba y entonces me mandaron callar, y con voz prepotente la ginecóloga que supervisaba mi parto me dijo: 'Tranquilita, eh'", revela. (Pérez, 2022)

Una mujer que experimentó en primera persona la violencia obstétrica en el Gregorio Marañón, relata cómo, en contra de sus deseos y sin justificación médica, le practicaron una episiotomía durante el parto de su primera hija. "Me sentí vulnerada y violada por dentro", cuenta. La falta de respeto a su voluntad le dejó secuelas psicológicas y terrores nocturnos. (Frühbeck, 2023)

- Cesáreas.

La cesárea, definida como una intervención quirúrgica que implica una incisión en el abdomen y el útero materno para la extracción de uno o más fetos, es recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en casos de riesgo para la madre o el neonato.

Desde 1985 la OMS ha establecido que la tasa óptima de cesáreas debería situarse entre el 10% y el 15%. Sin embargo, se ha registrado un incremento global en la frecuencia de esta intervención, tanto en naciones desarrolladas como en vías de desarrollo. Aunque la cesárea es eficaz para prevenir complicaciones maternas y perinatales cuando es justificada médicamente, carece de evidencia de beneficios y presenta muchos perjuicios tanto a corto como a largo plazo que pueden afectar la salud de la mujer y del neonato así como futuros embarazos, cuando se realiza sin indicación clínica. (Sexual and Reproductive Health and Research (SRH) & OMS, 2015)

En España, en 2022, el 75% de los nacimientos se produjeron por parto vaginal, mientras que el 25% restante fue por cesárea (Telemadrid, 2023), y en los hospitales privados la tasa rozaba el 35% en 2018 (Ministerio de Sanidad, 2021). Ante el aumento de las tasas de cesáreas, gobiernos y profesionales de la salud han manifestado preocupación por posibles repercusiones negativas en la salud maternoinfantil.

Me llevaron a una sala porque tenía que dilatar aún cinco centímetros, pero no hacían más que meterme prisa. Sin embargo, los médicos que la atendieron le dijeron que no era posible y que tenía dos horas para dilatar lo que le quedaba. En esos casos, lo normal es dilatar un centímetro por hora y según cuenta Sonia, le quedaban cinco y a las dos horas ya le estaban llevando a quirófano para practicarle una cesárea totalmente innecesaria. "Cómo iba a dilatar si me estaban agobiando, no hacían más que meterme prisa y nadie tenía un mínimo de respeto ni empatía", recuerda. "Ni siquiera me dieron el consentimiento informado para firmar y me practicaron una cesárea forzosa". (Pérez, 2022)

Entró una mujer y me dijo: "Esto no puede ser. No estás poniendo de tu parte, estás empujando fatal. Te vas a ir de cabeza a una cesárea". Dijo eso y se fue. Claro yo me eché a llorar con mi marido y le dije "Es que ya no puedo más". (Rtve, 2022)

A continuación, se presenta una tabla comparativa que contrasta las tasas recomendadas con las tasas reales, ofreciendo una visión detallada de la discrepancia entre las cifras ideales y las prácticas observadas, evidenciando así la violencia gineco-obstétrica.

Tabla 2. Un resumen comparativo entre las tasas recomendadas y las tasas oficialmente registradas.

Práctica	Tasa Recomendada OMS	Tasa Real
Consentimiento informado.	Siempre.	16,6%
Sentirse violentada en el Ginecólogo.	Nunca.	49%
Comentarios irónicos y despectivos.	Nunca.	34,5%
Plan de parto.	Siempre.	Uno de los aspectos más deficitarios.
Primeras intervenciones.	Cuando sea estrictamente necesario.	Sistemático.
Tacto vaginal.	Con consentimiento.	Muchas mujeres reportan que no se pidió consentimiento.
Aceleración o Inducción.	Cuando hayan complicaciones.	2010 = 18,6% 2018 = 34,6%
Permitir la elección de posición.	Siempre.	12,6%
Maniobra de Kristeller.	Nunca.	46,4%
Episiotomías.	Menos 10%	27,5%
Cesáreas.	Menos 15%	25%

2.1.4.1 Tipos de violencia gineco-obstétrica.

Como se ha dejado entrever, la violencia obstétrica puede manifestarse en tres modalidades distintas. (Almonte García, 2016)

La primera, de naturaleza física, implica la manipulación del cuerpo de la mujer, la ejecución de prácticas invasivas, la administración de medicamentos no justificados y la alteración de procesos biológicos sin el debido consentimiento de la paciente (Almonte García, 2016). Así, en esta modalidad se encuentran las cesáreas, episiotomías, inducción al parto, maniobra de Kristeller y la no elección de la posición.

“Me dice: «Te voy a coser». Y luego pregunto: «¿Pero es que me he desgarrado mucho?». Claro, a mí nadie me había dicho que me habían hecho una episiotomía”. (Rtve, 2022)

El segundo tipo de violencia obstétrica, es de índole psicológica e incluye una serie de comportamientos como ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la

información y la negación al tratamiento necesario, entre otros. Estas conductas, que denigran la dignidad humana de la mujer, pueden incluso ser utilizadas como herramienta didáctica -es decir, sin que sea necesaria su aplicación, simplemente para enseñar a los estudiantes cómo se deberían emplear-, sin respeto alguno hacia su integridad y bienestar emocional (Almonte García, 2016). De esta forma, se ven envueltas en esta modalidad, las descritas anteriormente como revisiones ginecológicas, conductas verbales y obtención de consentimiento de forma involuntaria o con deficiencia en la información.

“El ginecólogo me dijo que solo las prostitutas se hacen tantos chequeos”. (Asociación Mujeres para la Salud, 2022)

“Me preguntó si era virgen, le dije que sí y me respondió: eso espero porque ahora veré si es verdad”. (Asociación Mujeres para la Salud, 2022)

“Cuestionó el dolor que sentí en las pruebas con comentarios como: si cuando estás con tu chico te comportas así, pobre, lo compadezco”. (Asociación Mujeres para la Salud, 2022)

Finalmente, la violencia institucional o cultural, los protocolos médicos, donde se vislumbra una serie de prácticas que ejercen una notable restricción sobre la autonomía y la dignidad de la mujer durante el proceso de atención gineco-obstétrica.

Estas medidas, en lugar de respetar el principio de "toma de decisiones libre e informada" según lo estipulado por la ley, se ven reflejadas en una dinámica donde se explicita que "Las decisiones se adoptarán de forma conjunta entre el médico y la paciente" o que "la mujer participará en la toma de decisiones". (El parto es nuestro, s. f.-d)

2.1.5 Desamparo legislativo en España.

¿Por qué sigue sucediendo la violencia obstétrica en pleno siglo XXI? ¿Qué medidas se están implementando para prevenirla? ¿Y qué acciones se están llevando a cabo para sancionar estas prácticas? En este contexto, es fundamental considerar el deber del Estado de proteger los derechos fundamentales de los ciudadanos y avanzar en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

2.1.5.1 Deber estatal: protección de los DDFF y avance hacia los ODS.

- Vinculación con los Derechos Fundamentales.

Se van a abordar los derechos fundamentales relacionados con la práctica gineco-obstétrica en España, tomando como referencia las disposiciones legales

establecidas en la Constitución Española, así como en la Ley Orgánica 2/2010 sobre salud sexual y reproductiva y la interrupción voluntaria del embarazo, la Ley Orgánica 41/2002 sobre autonomía del paciente, y la Ley Orgánica 14/1986 sobre el consentimiento informado. Estas leyes proporcionan un marco normativo que garantiza el respeto a la integridad física y moral, la libertad y seguridad, la intimidad personal y familiar, así como los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

La Constitución Española de 1978 establece varios derechos fundamentales que son relevantes para abordar la violencia obstétrica. En primer lugar, el artículo 15 garantiza el derecho a la integridad física y moral de las personas, prohibiendo explícitamente la tortura y los tratos inhumanos o degradantes. Por otro lado, el artículo 17 protege el derecho a la libertad y seguridad de las personas. Este derecho es relevante en contextos donde las mujeres pueden experimentar situaciones de coerción o falta de libertad para tomar decisiones sobre su cuerpo. Asimismo, el artículo 18 reconoce el derecho a la intimidad personal y familiar, asegurando la protección de la vida privada y familiar de las personas. Debe destacarse el artículo 43, apartado 1, donde se reconoce el derecho a la protección de la salud como un derecho fundamental.

La Ley Orgánica 2/2010, en su última modificación de marzo de 2023, aborda de manera específica los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Entre estos derechos se encuentra la posibilidad de tener experiencias sexuales libres de coacción, lo que implica que las mujeres tienen derecho a decidir sobre su sexualidad y a vivir experiencias sexuales sin violencia ni presión externa. Además, se reconoce el acceso a servicios de información y cuidados relacionados con la sexualidad, garantizando que las mujeres reciban la educación y el apoyo necesarios para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, protegiendo la integridad física y emocional de las mujeres frente a prácticas nocivas y discriminatorias. En relación con la maternidad, se reconoce el derecho a recibir una atención del embarazo, parto y posparto de calidad, asegurando que las mujeres reciban un cuidado médico adecuado y respetuoso durante estos procesos.

2.5 Intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas: Aquellas que promueven y protegen la salud física y psíquica de las mujeres en el marco de la atención a la salud sexual y reproductiva, en particular, evitando las intervenciones innecesarias.

2.7 Violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo: Todo acto basado en la discriminación por motivos de género que atente contra la integridad o la libre elección de las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, su libre decisión sobre la maternidad, su espaciamiento y oportunidad.

La Ley Orgánica 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica -de aquí en adelante Ley de Autonomía del paciente- estableciendo que toda persona tiene derecho a decidir libremente sobre su salud y a recibir la información necesaria para tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Este derecho se relaciona directamente con la capacidad de las mujeres para tomar decisiones autónomas sobre su embarazo, parto y posparto, garantizando que se respete su voluntad y se proteja su autonomía. Además, los profesionales de la salud están obligados a respetar las decisiones de los pacientes.

Por otro lado, la Ley Orgánica 14/1986 regula el derecho al consentimiento informado, estableciendo que toda intervención médica requiere el consentimiento previo y libremente dado por parte del paciente. Se define como el derecho a recibir información comprensible sobre su proceso de salud, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento así como la oportunidad de dar su consentimiento de manera voluntaria y consciente.

La Ley 44/2003 del 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, desempeña un papel crucial en la regulación de las actividades y responsabilidades de los profesionales sanitarios en España. Esta ley establece un marco normativo que aborda diversos aspectos relacionados con las profesiones sanitarias, incluyendo la formación, el ejercicio profesional, la ética, la responsabilidad y la organización del trabajo en el ámbito de la salud. Uno de los elementos fundamentales de esta ley es la creación de registros de profesionales sanitarios, que tienen como objetivo garantizar la calidad y seguridad de los servicios de salud ofrecidos a los ciudadanos. Estos registros permiten identificar a los profesionales cualificados y habilitados para ejercer en el sistema de salud, asegurando así que se respeten los derechos de los pacientes y se brinde una atención médica de calidad.

Finalmente, concluir que la integridad moral, el cuidado respetuoso, las decisiones informadas con su consentimiento expreso y el respeto a la voluntad del paciente se ven vulnerados en el momento en que no se pide consentimiento expreso, si al pedirse no se proporciona la información necesaria para su comprensión o si no se respeta; que la integridad física y los cuidados adecuados se ven vulnerados cuando se realizan sin justificación médica "por si a caso" o no como *última ratio* procedimientos cuyo beneficio no está evidenciado o que directamente se encuentran específicamente no recomendados por la OMS o El Ministerio de Sanidad; y que cuando confluyen y se suman los protocolos androcentristas creados por instituciones patriarcales, los comentarios despectivos o de cualquier clase que hagan sentir a la paciente incómoda o juzgada, se elimina la condición de sujeto de la paciente -cosificación- se comienza a hablar de tratos inhumanos y/o degradantes.

- Vinculación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030.

El compromiso de España con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a través de su firma y ratificación del acuerdo internacional implica una responsabilidad legal y moral para avanzar hacia su logro. Al firmar los ODS, España se compromete inicialmente a respaldar los principios y objetivos establecidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, reconociendo la importancia de abordar los desafíos globales de manera colectiva. Sin embargo, la ratificación del acuerdo va más allá al comprometer al país formal y legalmente a cumplir con las obligaciones y metas establecidas en la Agenda 2030. Este compromiso más fuerte y vinculante significa que España tiene la obligación de tomar medidas concretas y efectivas para implementar políticas, programas y acciones a nivel nacional que promuevan el desarrollo sostenible y contribuyan al logro de los ODS.

En consecuencia, España asume la responsabilidad de integrar los objetivos de desarrollo sostenible en su planificación y políticas gubernamentales, asignar recursos financieros y humanos adecuados para su implementación, y establecer mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas para evaluar el progreso hacia el logro de los ODS. Esta obligación implica un compromiso continuo y sistemático para abordar los desafíos.

La falta de reconocimiento de la violencia obstétrica vulnera varios de los ODS, como se explica a continuación.

El ODS 3, "Salud y Bienestar", se enfoca en asegurar una vida saludable y promover el bienestar para todas las personas (Naciones Unidas, 2017). Este objetivo se relaciona directamente con la violencia gineco-obstétrica al destacar que las prácticas médicas que la perpetúan, como los partos instrumentalizados, las cesáreas innecesarias y la rutinización de procedimientos no recomendados por la OMS o el Ministerio de Sanidad, ponen en riesgo la salud tanto de la madre como del feto. Estas intervenciones no solo pueden resultar en complicaciones físicas inmediatas, sino que también pueden dejar secuelas a largo plazo, tanto físicas como psicológicas, que requieren una atención sanitaria para recuperar la calidad de vida. Sin olvidarse de la reticencia de las mujeres a acudir a las revisiones ginecológicas debido a experiencias previas traumáticas o a relatos negativos de terceros cuando dichas revisiones son fundamentales para la detección temprana de enfermedades como el cáncer de mama y enfermedades venéreas. Cuando se evitan estas revisiones debido a la desconfianza hacia los profesionales sanitarios, se ven privadas de la oportunidad de acceder a la atención preventiva muy necesaria. Por lo tanto, abordar la violencia gineco-obstétrica no solo es crucial para garantizar la salud y el bienestar durante el parto, sino también para promover una atención médica continua y preventiva que salvaguarde la salud.

El Periodista Especial de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra la Mujer publicó un informe sobre la violencia obstétrica y el maltrato, destacando:

"Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de las mujeres, incluido el derecho al más alto nivel alcanzable de salud física y mental durante los servicios reproductivos y el parto, libres de maltrato y violencia de género, y de adoptar leyes y políticas apropiadas para combatir y prevenir dicha violencia, procesar a los perpetradores y proporcionar reparaciones y compensaciones a las víctimas". (Special Rapporteur on violence against women and girls, 2019)

El ODS 5, centrado en la Igualdad de Género, se orienta hacia el empoderamiento de todas las mujeres y niñas, así como hacia la eliminación de la discriminación basada en el género en todas sus formas (Organización de las Naciones Unidas, 2024). La violencia obstétrica, al ser una expresión de esta discriminación, evidencia la falta de respeto hacia los derechos fundamentales de las mujeres y perpetúa su sometimiento en la sociedad. La incapacidad para reconocerlas como víctimas y la ausencia de medios adecuados para denunciar esta forma de violencia obstaculizan aún más su capacidad de ejercer control sobre sus propios cuerpos y tomar decisiones autónomas lo que termina de evidenciar que la raíz de dicha violencia se haya en la discriminación de género. Por lo tanto, abordar de manera efectiva la violencia obstétrica es crucial para avanzar hacia la igualdad de género, garantizando que las mujeres tengan control sobre sus propios cuerpos y decisiones.

Finalmente, el ODS 16, "Paz, Justicia e Instituciones Sólidas", busca promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, proporcionar acceso a la justicia para todos y construir instituciones eficaces y responsables en todos los niveles (Organización de las Naciones Unidas, 2024). Sin embargo, en el caso de la violencia obstétrica, la falta de reconocimiento legal de esta forma de violencia en España deja a un gran número de víctimas desamparadas y sin recursos para denunciar los abusos sufridos. Esta falta de reconocimiento y protección legal contribuye a una profunda desconfianza en los sistemas de salud y jurídicos, lo que socava los derechos fundamentales de las mujeres y perpetúa su vulnerabilidad frente a la violencia obstétrica. Por lo tanto, es fundamental que se reconozca y se aborde la violencia obstétrica de manera efectiva, garantizando que las instituciones sean responsables y efectivas en la protección de sus derechos.

2.1.5.2 Medidas aplicadas en España.

Hace varios años, cansadas de las violaciones de unos derechos que el Estado debería proteger, un giro fundamental en el ámbito político comenzó a tomar forma gracias a la incansable labor de activistas que desafiaron el statu quo. Este cambio se materializó con la

intervención de Dubravka Šimonović, representante de la Asamblea General de las Naciones Unidas, quien presentó un informe revolucionario en 2019 titulado “Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica”. Este texto marcó el inicio de una nueva era, donde se cuestionaron las prácticas tradicionales en la atención obstétrica y se enfatizó la necesidad de un enfoque centrado en los derechos humanos de las mujeres. (Brigidi & Observatorio de Violencia Obstétrica, 2021)

A medida que el movimiento ganaba fuerza, se produjo un hito trascendental cuando el Comité de Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) condenó al Estado español por su falta de diligencia en la protección de los derechos de una mujer embarazada, en relación con la atención obstétrica. Esta condena histórica marcó la primera vez que un tribunal internacional responsabilizaba a un Estado por los maltratos sufridos por una mujer y su recién nacida, calificándolo como una forma de violencia de género. Este fallo resonó en todo el mundo, subrayando la urgencia de abordar la violencia obstétrica como un problema de derechos humanos. (Brigidi & Observatorio de Violencia Obstétrica, 2021)

Sin embargo, el impacto de estos acontecimientos trascendió las fronteras de España, ya que fueron complementados por los reconocimientos jurídicos obtenidos en países como Venezuela, Argentina y México. Estos países, junto con sus activistas e investigadoras, jugaron un papel fundamental en la lucha por los derechos reproductivos de las mujeres, destacando la importancia de un movimiento global en la transformación de las políticas y prácticas obstétricas. (Brigidi & Observatorio de Violencia Obstétrica, 2021)

Sentadas las bases de un deseo común de cambio, el pasado 24 de diciembre, a nivel autonómico, Cataluña publicó la modificación de su Ley 5/2008, que garantiza el derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, ahora Ley 17/2020 del 22 de diciembre, que destaca que la violencia machista puede manifestarse de manera puntual o reiterada. Esta legislación, considerada innovadora por múltiples aspectos, identifica ocho formas de violencia, entre las cuales se incluye la violencia obstétrica y la vulneración de derechos sexuales y reproductivos en el artículo 4, sección d.

Es importante resaltar que esta ley es pionera en Europa al reconocer la violencia obstétrica como una forma de violencia de género, lo que ha generado una reflexión inclusiva que abarca no solo a las mujeres, sino también a las niñas y mujeres trans. Además, amplía el espectro de escenarios donde puede manifestarse la violencia de género

a cualquiera que afecte a la dignidad, integridad y libertad de las mujeres. (Brigidi & Observatorio de Violencia Obstétrica, 2021)

Reconocer la existencia de la violencia obstétrica es, sin duda, un primer paso crucial hacia la protección de las víctimas y la erradicación de la violencia gineco-obstétrica en el ámbito de la atención sanitaria. Sin embargo, este reconocimiento dista mucho de ser suficiente. Es fundamental no solo identificar a las mujeres que han sufrido este tipo de violencia como víctimas -cosa que no se hace-, sino también proporcionarles los medios y recursos necesarios para que puedan denunciar los abusos y buscar justicia.

Si una mujer sufre violencia obstétrica, lo primero que debe quedar claro es que no puede denunciarla, sin embargo hay unas ciertas prácticas que se encuentran recogidas dentro de lo denominado como violencia gineco-obstétrica que sí puede denunciar. Para ello tiene dos vías:

- Quejas, sugerencias y reclamaciones

Sanidad pública: se puede presentar una reclamación utilizando el Libro de Reclamaciones o a través del Servicio de Atención al Usuario. (El parto es nuestro, s. f.-b)

Sanidad privada: se puede enviar una carta de queja a la Dirección del centro y a la oficina de atención al cliente. También se puede contactar con los Defensores del Paciente o Servicios de Atención al Cliente de las aseguradoras. Otra opción es dirigirse a las Oficinas de Atención al Consumidor y al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. (El parto es nuestro, s. f.-b)

Si se conoce el nombre del médico, también se puede comunicar al Colegio de Médicos correspondiente. (El parto es nuestro, s. f.-b)

- Demandas judiciales:

El primer paso es obtener la historia clínica. Se puede hacer mediante un formulario y enviándolo por fax o correo certificado para centros privados, o por vía administrativa para centros públicos. (El parto es nuestro, s. f.-b)

Se deben cumplir tres requisitos: que haya habido un daño real e injusto, una relación de causalidad entre la lesión y el agente que la causa, y que no haya ocurrido fuerza mayor. En el caso de servicios sanitarios, se considera un daño

injusto cuando hay una infracción de la *lex artis* o falta de consentimiento informado.
(El parto es nuestro, s. f.-b)

Como se ha observado, en España, a pesar de la falta de una legislación específica contra la violencia obstétrica, existen diversas normativas y estrategias que podrían contribuir significativamente a reducir la incidencia de casos (García, 2018):

- La legislación vigente en materia de igualdad y prevención de la violencia de género.
- Las directrices proporcionadas por la OMS en este ámbito.
- Los principios establecidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos.
- La Ley de Autonomía del Paciente, que protege los derechos del paciente en el ámbito sanitario.
- El Consentimiento Informado y la elaboración de un Plan de Parto, que permiten a la mujer expresar sus preferencias y deseos durante el proceso de parto.
- La implementación de la Estrategia de Atención al Parto Normal, orientada a promover prácticas respetuosas durante el parto.
- La existencia de Hospitales iHan, que se comprometen a ofrecer un entorno más humanizado y respetuoso durante el parto.

No obstante, el derecho y las normativas no pueden ir por delante de la sociedad, por ello hasta que esta no reconozca la existencia de la violencia obstétrica y la necesidad de realizar cambios, ninguna estrategia o normativa va a lograr la efectividad que las mujeres necesitan.

Por ejemplo, para lograr garantizar el derecho a la autonomía del paciente expuesto en la Ley Orgánica 41/2002, se establece el consentimiento informado como un requisito fundamental en cualquier intervención médica, definiéndolo como la aceptación voluntaria y consciente de un paciente después de recibir la información adecuada sobre los procedimientos que afectan a su salud. Similarmente, el Plan de Parto, originario de países anglosajones y adoptado en la protección de los derechos individuales, permite a la mujer embarazada expresar su consentimiento sobre las intervenciones durante el parto. Aunque no hay una forma específica establecida legalmente para expresar estas decisiones, es fundamental respetar las decisiones informadas de las usuarias, independientemente de cómo se documenten, ya sea como un "Consentimiento Informado" o un "Plan de Parto". Lo crucial es que la voluntad de la usuaria sea respetada, sin importar la forma o el título

utilizado. Sin embargo, como se ha podido observar en el apartado 2.2, los planes de parto no son aceptados en todos los hospitales españoles y en los que son aceptados no se siguen siempre. (El parto es nuestro, s.f)

2.1.6 La violencia obstétrica como violencia simbólica.

La violencia simbólica, acuñada por el sociólogo Pierre Bourdieu, se refiere a una forma de violencia que no se manifiesta necesariamente a través de acciones físicas directas, sino que opera mediante símbolos, gestos, palabras o actitudes que perpetúan desigualdades y relaciones de poder. Se caracteriza por su naturaleza sutil e invisible para aquellos que la padecen, ya que se inscribe en las estructuras sociales y culturales, siendo aceptada y normalizada. Esta forma de violencia es ejercida principalmente a través de la imposición de normas, valores y creencias que subyacen en la sociedad, influyendo en la percepción y comportamiento de las personas. (Villalba, 2014)

Las características principales de la violencia simbólica incluyen su invisibilidad, dado que se encuentra integrada en las estructuras sociales y es percibida como parte natural del orden establecido. Además, se sustenta en la naturalización de las desigualdades y se legitima a través de la autoridad y el consenso social, lo que dificulta su reconocimiento y denuncia. También se manifiesta a través de la internalización por parte de las personas afectadas, quienes pueden llegar a reproducir y perpetuar las normas y prácticas que las oprimen, contribuyendo así a la reproducción de la violencia. (Villalba, 2014)

Como se ha visto, la violencia obstétrica se manifiesta a través de intervenciones médicas innecesarias, falta de consentimiento informado, trato degradante, discriminación por género, entre otras formas de violencia que vulneran los derechos y la dignidad de las mujeres durante el proceso gineco-obstétrico. Estas prácticas, aunque no siempre implican un acto físico directo, operan a nivel simbólico al reforzar estereotipos de género y mantener la subordinación de las mujeres en el ámbito de la salud reproductiva.

De esta forma, la violencia obstétrica puede entenderse como una manifestación concreta de la violencia simbólica en el contexto de la medicina durante la atención a la salud reproductiva, donde se replican y perpetúan relaciones de poder y desigualdad de género.

2.1.6.1 La violencia institucional.

Las instituciones pueden reproducir y perpetuar desigualdades y estereotipos a través de sus políticas, protocolos y prácticas, lo que puede manifestarse como violencia institucional.

A su vez, estas instituciones pueden legitimar estas prácticas mediante la naturalización y la invisibilización de la violencia, lo que refuerza y amplifica la violencia simbólica. (USO, 2023)

La violencia institucional se refiere a aquella ejercida por las instituciones que puede manifestarse a través de normativas, prácticas o acciones que vulneran los derechos y la dignidad de las personas. Esta forma de violencia puede estar respaldada por las estructuras de poder y las jerarquías dentro de las instituciones, y puede afectar a grupos específicos de la sociedad de manera desproporcionada. (USO, 2023)

De esta forma, la relación entre la violencia simbólica y la violencia institucional radica en cómo los símbolos, las normas y las prácticas culturales internalizadas pueden influir en el funcionamiento de las instituciones y en las acciones de quienes las integran.

2.1.6.1.1 Triángulo de la violencia de Johan Galtung.

El término "violencia obstétrica" ha generado controversia debido al uso del término "violencia". Para aclarar dichas confrontaciones, se procede a analizar el término "violencia" desde una perspectiva sociológica, utilizando el modelo propuesto por Johan Galtung, conocido como el "triángulo de la violencia". (García, 2018)

Según Galtung, existen tres tipos de violencia en la sociedad: la violencia directa, la violencia estructural y la violencia cultural. La violencia directa se manifiesta en comportamientos físicos o verbales visibles, se trata de la forma más evidente de violencia. Por otro lado, la violencia estructural se refiere a un tipo de violencia que opera de manera más sutil, influyendo en la satisfacción de las necesidades básicas fundamentales, es considerada la más perjudicial de las tres porque constituye la base misma de las desigualdades y dificulta la identificación clara de sus causas y manifestaciones, se manifiesta cuando los mecanismos de estratificación social favorecen sistemáticamente a ciertos grupos en detrimento de otros, generando un grave problema de injusticia y desigualdad en la sociedad, estos grupos pueden estar definidos por características como género, etnia, clase social, nacionalidad o edad, entre otros. Por último, la violencia cultural se relaciona con aspectos culturales, como la religión, la ideología y el arte, que pueden justificar o legitimar la violencia directa o estructural. (García, 2018 & Moscardó, 2015)

La relación entre la violencia obstétrica y el triángulo de la violencia de Johan Galtung es clara cuando consideramos los diferentes tipos de violencia que Galtung propone y cómo se manifiestan en el contexto de la atención obstétrica.

En primer lugar, la violencia directa en el parto se refleja en la falta de consentimiento informado, la sobremedicación, los abusos verbales y cualquier otro tipo de acción física o

verbal que cause daño o malestar a la mujer durante el proceso de parto. Esta forma de violencia es la más visible y evidente, pero solo constituye la punta del iceberg en términos de las dinámicas de poder y control que operan en el ámbito obstétrico.

Por otro lado, la violencia estructural en la violencia obstétrica se relaciona con el patriarcado, que establece las estructuras de poder y control que perpetúan la desigualdad entre hombres y mujeres en la sociedad. En el contexto obstétrico, estas estructuras se manifiestan en la falta de autonomía y la pérdida de poder de decisión de las mujeres sobre sus propios cuerpos durante el parto. El patriarcado establece un sistema de dominación en el que las mujeres son subordinadas y se ven obligadas a someterse a prácticas médicas invasivas y decisiones tomadas por profesionales de la salud, sin tener en cuenta sus deseos o necesidades individuales.

Por último, la violencia cultural en la violencia obstétrica se refleja en las ideologías y creencias que justifican el poder médico y la medicalización del parto. Estas ideas incluyen la percepción de las mujeres embarazadas como enfermas que necesitan ser controladas y tratadas de manera paternalista, así como la deshumanización de las mujeres a través de la concepción de que son seres "hormonados" incapaces de tomar decisiones racionales. Estas creencias culturales refuerzan la autoridad del personal médico y justifican prácticas que pueden ser perjudiciales o traumáticas para las mujeres durante el parto.

2.1.6.2 Comparativa Violencia Obstétrica y Violencia Simbólica.

El lenguaje, como vehículo de expresión y comunicación, desempeña un papel fundamental en la formación y transmisión del pensamiento, la cultura y los valores de una sociedad. Si aceptamos la premisa de que el lenguaje moldea nuestra percepción del mundo, está claro que también puede reflejar los estereotipos de género arraigados en la sociedad. Cada palabra, frase o expresión que utilizamos puede estar cargada de significados culturales y sociales que refuerzan roles y expectativas basados en el género. Por lo tanto, analizar el lenguaje, en este caso, va a permitir complementar la evidencia de una violencia simbólica e institucional arraigada e inconsciente en la sociedad española. (Quesada & López, 2011)

Este fenómeno es explicado por el interaccionismo simbólico, una teoría sociológica desarrollada inicialmente por George Herbert Mead y más tarde por Herbert Blumer, ofrece una comprensión rica y matizada de cómo las interacciones cotidianas y los símbolos no solo reflejan, sino también moldean nuestra realidad social, nuestra percepción del mundo y nuestra identidad. En contextos prácticos, esta teoría ha sido utilizada para entender mejor

fenómenos como la identidad social o los roles de género. (CRÍMINA. Centro para el Estudio y Prevención de la Delincuencia & Cubillas, 2015)

Tabla 3. La connotación de la jerga empleada por los sanitarios.

Lenguaje Obstétrico.	Raíz (Violencia Simbólica)
“Limpiar la guardia”.	Forzar, inducir o acelerar partos para no interrumpir las guardias del personal sanitario.
“Parir a la mujer”, “Hacerle el parto”, “¿A ésta, la pares tú o la paro yo?”, “¿La parimos ahora o más tarde?”.	El parto no es algo que haga la mujer, lo hacen los sanitarios. Cosificación, pérdida de autonomía, posesión del cuerpo.
“El punto del marido”.	Dar uno o dos puntos en la abertura vaginal de más, sin consentimiento, para el posterior placer del marido. Cosificación.
“Fórceps docentes”.	La utilización de fórceps, no por causas médicas, sino para enseñar su aplicación a estudiantes. Cosificación.
“Esas caderas son buenas para llevar vaqueros, pero no sirven para parir”.	Excusa de “pelvis estrechas” o “desproporción céfalo-pélvica” para provocar cesáreas innecesarias. Posesión del cuerpo. Control.
“Te quedará una cicatriz de bikini”.	Invaldar los resultados de las intervenciones obstétricas. Estereotipo de feminidad.
“Parir sin anestesia tiene el mismo sentido que sacarse un diente sin anestesia”.	Culpabilizar a las mujeres que deciden tener un parto natural, menospreciando lo que conlleva un parto y más uno instrumentalizado. Control.
“Participar en la toma de decisiones” o “Las decisiones se adoptarán de forma conjunta entre el médico y la paciente”.	Infantilizar a la mujer. La ley es clara “toma de decisiones libres e informadas”, en el ámbito obstétrico no se emplean dicha terminología.

Fuente: elaboración propia a partir de El parto es nuestro, s. f.-c

2.1.7 Perspectiva criminológica.

2.1.7.1 Teoría del conflicto.

Estudios científicos han demostrado cómo el patriarcado influye en la distribución desigual del poder, los recursos y los roles sociales entre hombres y mujeres, estableciendo relaciones de subordinación y dominación que benefician a los primeros en detrimento de las segundas. Desde una perspectiva evolutiva y sociológica, se ha evidenciado cómo estas dinámicas de poder patriarcales han moldeado las estructuras sociales y culturales a lo largo del tiempo, perpetuando relaciones desiguales entre géneros en distintos ámbitos de la vida humana. (Esquivel, 2015)

La teoría del conflicto se centra en el análisis de las condiciones en las que grupos o individuos buscan maximizar sus beneficios, lo que puede ocasionar cambios sociales, revoluciones e inequidades en la distribución de poder, riqueza y estatus. Asimismo, la teoría del conflicto se enfoca en examinar los enfrentamientos entre diferentes clases sociales, individuos y grupos, así como en analizar las motivaciones y causas subyacentes de estos conflictos. (García Germán, 2008)

Desde una perspectiva teórica, la violencia obstétrica puede entenderse como una expresión de conflictos estructurales y desigualdades arraigadas en el sistema de salud, donde las mujeres se encuentran vulnerables a prácticas que menoscaban su autonomía y dignidad. En este sentido, la teoría del conflicto proporciona un marco analítico para comprender las dinámicas subyacentes a la violencia obstétrica analizando los conflictos de poder y control entre pacientes y profesionales de la salud, así como los conflictos institucionales y de género que subyacen a este fenómeno y abordar las inequidades que contribuyen a su persistencia en el ámbito de la atención médica. (Guijarro, 2023)

2.1.7.2 Teoría del etiquetamiento.

Las desigualdades de poder explicadas anteriormente presentan su base en la asignación de roles y características específicas que genera la sociedad a hombres y mujeres, el problema radica cuando esta práctica se entrelaza con normas arraigadas en una sociedad androcéntrica, se genera un entorno que limita la capacidad de las mujeres para defenderse. En este contexto, las mujeres enfrentan la estigmatización si expresan descontento o malestar, siendo etiquetadas como personas violentas. (García, 2018)

La teoría del etiquetamiento, también conocida como labeling approach, se centra en el proceso mediante el cual la sociedad etiqueta a ciertos individuos como desviados o outsiders, lo que puede influir significativamente en su comportamiento y autopercepción. Según esta perspectiva teórica, cuando una persona es etiquetada como desviada, se enfrenta a nuevos desafíos derivados de las reacciones sociales a los estereotipos negativos asociados con dicha etiqueta, lo que puede llevarla a aceptar y conformarse con dichas expectativas. Por ende, la conducta desviada es determinada por la normativa predominante en la sociedad, no necesariamente por ser intrínsecamente reprochable. (Abreu, 2019)

En relación con la violencia obstétrica, la teoría del etiquetamiento examina cómo las etiquetas y estigmas sociales pueden influir en la percepción y el trato hacia las mujeres durante el proceso de embarazo, parto y posparto. Desde la óptica del etiquetamiento, las mujeres pueden ser etiquetadas como vulnerables, pasivas u “hormonadas”, así como

"problemáticas" o "difíciles" por expresar sus necesidades durante el parto, lo que puede influir en la forma en que son tratadas durante el proceso obstétrico. Esta etiqueta puede conducir a un trato deshumanizado, falta de autonomía en la toma de decisiones y a la realización de prácticas médicas invasivas sin un consentimiento informado adecuado, perpetuando así la violencia obstétrica. (Guillén, 2015)

Esto contribuye a la internalización de una sensación de indefensión aprendida donde las mujeres son sistemáticamente privadas de su autonomía corporal, culpabilizadas e infantilizadas cuando intentan comunicar sus preocupaciones. Esta dinámica desalienta a las mujeres a expresar sus quejas y las lleva a obedecer pasivamente las instrucciones médicas, lo que perpetúa la continuación de la violencia obstétrica.

2.1.7.3 Teoría del control social.

Como se ha comentado anteriormente, el etiquetamiento y la indefensión aprendida funcionan como mecanismos que perpetúan las normas sociales, ejerciendo un control social informal sobre los individuos. Este control social informal se manifiesta en la internalización de roles y expectativas sociales, lo que limita la capacidad de las personas para desafiar o cambiar el status quo, es decir, la indefensión aprendida.

A su vez, este control social informal contribuye a la formación del control social formal, que se refiere a las normas y leyes -comprendiendo que estas son creadas por las demandas de la sociedad, la misma sociedad que ejerce el control social informal- establecidas por las instituciones sociales y gubernamentales para regular el comportamiento de la población.

La teoría del control social se enfoca en el estudio de cómo las relaciones, compromisos, valores y creencias fomentan la conformidad en la sociedad. Este enfoque teórico considera tanto el control social formal, expresado a través de leyes y reglamentos que regulan comportamientos irregulares, como el control social informal, ejercido a través de costumbres, tradiciones y normas sociales heredadas. El control social informal se manifiesta a través de diversas formas de sanciones, que pueden incluir la crítica, la desaprobación, la culpabilidad e incluso la discriminación y la exclusión social en situaciones extremas. (Puente, 2008)

En el contexto de la violencia obstétrica, la teoría del control social puede aplicarse al análisis de cómo las normas sociales y las estructuras de poder influyen en las interacciones entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas. La etiqueta social de las mujeres embarazadas como vulnerables o pasivas puede impactar la forma en

que son tratadas durante el parto y el posparto, lo que perpetúa situaciones de abuso y falta de respeto. El control social formal en este contexto podría manifestarse a través de protocolos hospitalarios rígidos que limitan la autonomía de las mujeres durante el parto, mientras que el control social informal podría reflejarse en prácticas arraigadas culturalmente que desvalorizan la experiencia y las decisiones de las mujeres en este proceso. (Sánchez, 2015)

Cuando el control social informal y formal se entrelazan, se establece un sistema de control más completo que influye en la conducta y las interacciones en la sociedad. Esta interacción entre el control social informal y formal cierra el "triángulo de violencia" de Johan Galtung -tratado ya en el apartado 2.1.6.1.1-, perpetuando así, primero la violencia cultural derivada en estructural la cual culmina en la violencia directa.

2.1.8 El uso de Haloperidol sin consentimiento: un claro ejemplo.

No noté ninguna reducción del dolor en las contracciones pero sí que no podía quejarme, que no era yo, que me pasaban cosas que no tenía previsto. Yo estaba en la cama del hospital y era como si estuviera en una barca en mitad de una tempestad, se movía todo para todos los lados; si abría los ojos todo se movía y si los cerraba era peor todavía porque había una falta total de referencia, no podía cerrar los ojos pero tampoco podía abrirlos, estaba fatal. En esas condiciones me dieron el consentimiento informado de la epidural. Yo no veía ni las letras, solo veía ondas y el dolor que no se iba. Me acuerdo de gritar: ¡hacedme una cesárea!, aunque yo no había deseado eso en ningún momento previo. Una mala sensación de mareo, de no poder controlar, de no saber qué me pasaba. En mi historia clínica sí está registrado que me lo pusieron. Nunca en la vida me he sentido tan mal como en aquel momento. (Esteban, 2022)

El uso de haloperidol en el contexto del parto tiene una raíz histórica que se remonta a mediados del siglo XX. La combinación de opiáceos y neurolepticos comenzó en los años 50. Se utilizaron inicialmente para controlar la agitación extrema en pacientes psiquiátricos debido a su capacidad para bloquear los receptores de dopamina. (El parto es nuestro, 2021)

La técnica de neuroleptoanalgesia, bautizada en 1959 combinaba un tranquilizante mayor neuroleptico como el haloperidol con un potente analgésico narcótico opiáceo la dolantina. Este "cóctel lítico" lograba sedación, analgesia e indiferencia psíquica sin pérdida de conciencia. El primer uso documentado de esta combinación en el parto fue en 1956, administrada a mujeres con preeclampsia o eclampsia para prevenir y minimizar los

movimientos convulsivos y el shock. Sin embargo, este uso fue reemplazado gradualmente por tratamientos más eficaces como el sulfato de magnesio. (El parto es nuestro, 2021)

En países como el Reino Unido, raramente se emplea el haloperidol se utiliza, en cambio, el Stemetil (proclorperazina) para este propósito debido a sus efectos sedantes similares. Aunque algunos profesionales argumentan que el haloperidol se usa actualmente para prevenir las náuseas causadas por la dolantina, en 2011 ya se demostró que no existe ninguna evidencia científica que lo respalde, además el origen histórico de esta práctica desmiente esa indicación. El uso de neurolépticos en el parto no se hacía originalmente para tratar las náuseas, sino para potenciar la sedación y lograr un efecto inmovilizador y de indiferencia psíquica. En 1970 los autores ya afirmaban y cito “los tranquilizantes mayores producen una sedación psíquica y motora, con amortiguación neurovegetativa que se traduce en indiferencia psíquica y tranquilidad; o sea, una neutralidad emocional”. (El parto es nuestro, 2021)

Con la introducción y popularización de la anestesia epidural a partir de los años ochenta como principal método farmacológico para aliviar el dolor durante el parto, el uso del cóctel lítico comenzó a disminuir. En muchas regiones, se continuó utilizando la Dolantina para aliviar el dolor en las primeras etapas del parto, pero para tratar las náuseas que esta producía, se prefirieron otros medicamentos. (El parto es nuestro, 2021)

De hecho, España es el único país que aún emplea esta combinación, y su uso en este contexto ha sido ampliamente criticado debido a la falta de estudios que demuestren su seguridad y eficacia en el parto. La inyección del haloperidol se ha realizado sin informar adecuadamente a las madres sobre lo que realmente se les administraba, o proporcionando información sesgada. Sin investigaciones que lo confirmen, es posible suponer que estos medicamentos podrían tener efectos secundarios no deseados en el bebé, ya que el haloperidol es considerado de clase C, lo que implica que debería evitarse y solo usarse en situaciones muy justificadas cuando no hay otra alternativa. De hecho, numerosos profesionales han observado que algunos bebés nacen con depresión respiratoria tras la administración de estos medicamentos a sus madres durante el parto. (Esteban, 2022)

Los pocos estudios existentes, en su mayoría españoles, se enfocan en evaluar la eficacia de la intervención más que su seguridad. Es importante destacar que la ficha técnica del haloperidol no incluye su uso en partos, lo que significa que su administración comenzó sin evidencia adecuada de seguridad y efectividad. (Esteban, 2022)

Aunque la analgesia epidural ha desplazado en gran medida esta práctica, todavía se utiliza. Frecuentemente, las mujeres desconocen los detalles de lo que se les administra. La

falta de información a las madres y, en ocasiones, la ausencia de registro, complican la obtención de datos precisos. (Esteban, 2022)

El Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (aprobado por orden SAS/1349/2009) incluye su uso en el manejo farmacológico del dolor. Un estudio de 2019 realizado en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid, titulado “Pelota de parto versus petidina y haloperidol en la satisfacción en el parto”, confirma que su uso continúa en la actualidad. (Esteban, 2022)

En el ámbito psiquiátrico, el uso del haloperidol ha disminuido significativamente en los últimos años. Esto se debe a la aparición de antipsicóticos atípicos, que tienen un perfil de efectos secundarios más favorable. Además, hay una creciente preocupación por los efectos adversos a largo plazo del haloperidol, como la discinesia tardía y otros trastornos del movimiento. (Sánchez-Monge, 2023)

El uso de haloperidol sin consentimiento durante el parto puede encajar en la categoría de sumisión química, similar a los casos en que se utilizan estas sustancias en ancianos y niños para controlar su comportamiento. (El parto es nuestro, 2021)

En el trabajo de investigación de Polo Gutiérrez se recogieron testimonios de profesionales de España sobre el uso de este cóctel en los partos en hospitales públicos. Una ginecóloga expresó: “Era el recurso perfecto para las ‘descontroladas’. Yo pasé la residencia dando la mano a mujeres ‘descontroladas’, para no drogarlas...”. (Olza Fernández, 2021)

En la práctica clínica, hemos encontrado que las mujeres que recibieron haloperidol describen experiencias de desconexión, inmovilidad, angustia y eventos traumáticos, todo sin consentimiento informado. Las matronas han señalado que el cóctel se usa para sedar a mujeres “descontroladas”. El uso de haloperidol en el parto no se justifica científicamente, y su aplicación sin el debido consentimiento informado es una grave forma de violencia obstétrica que debe ser urgentemente revisada y eliminada. (Olza Fernández, 2021)

En esta práctica se refleja claramente el triángulo de la violencia de Galtung en todas las dimensiones de la violencia gineco-obstétrica.

Primero, la violencia institucional, se ve que comienza con el androcentrismo y el patriarcado para callar a las mujeres que se quejaban y permitir que los hombres manejaran el parto, con el tiempo se termina incluida en los protocolos de los hospitales. Las mujeres que han llevado estos casos a juicio se han enfrentado a sentencias que favorecen a los

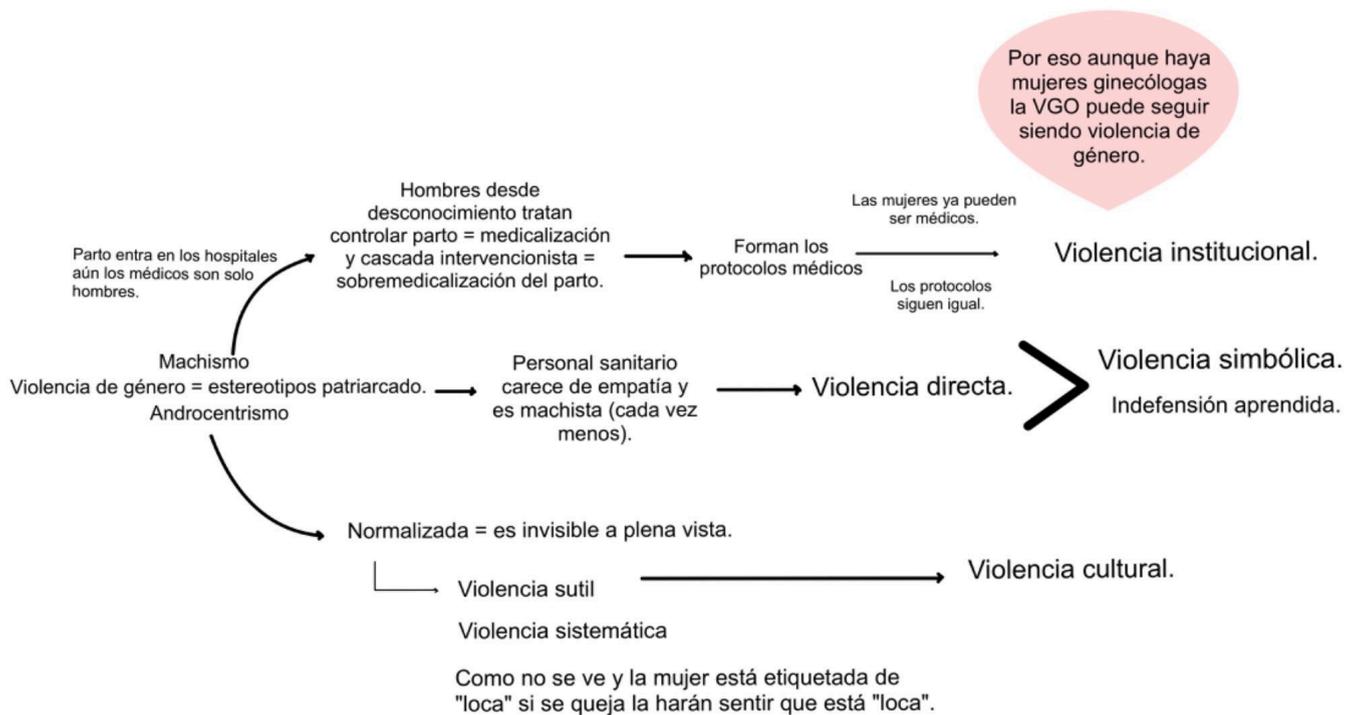
hospitales, destacando que el uso de haloperidol durante el parto no requiere consentimiento previo.

Segundo, la violencia cultural se refleja en la normalización de esta práctica, a pesar de la falta de evidencia científica que la respalde y de los efectos adversos observados tanto en las madres como en los bebés. Los profesionales sanitarios han internalizado tanto esta práctica que no logran ver su impropiedad y la sociedad la ha aceptado y normalizado.

Finalmente, la violencia directa es evidente en las experiencias de las mujeres y de algunos profesionales que intentan evitar la administración de haloperidol. Por ejemplo, una ginecóloga relató que pasó toda su carrera dando la mano a las mujeres a quienes se les quería administrar haloperidol, para evitar drogarlas. Esto demuestra que cuando se valoran las emociones y se trata a las mujeres con humanidad, el etiquetado de "descontroladas" carece de fundamento.

En resumen, el uso de haloperidol en el parto sin consentimiento refuerza la noción machista de la etiqueta de las mujeres como "histéricas" o "descontroladas" y que por lo tanto, necesitan ser sedadas para manejar su comportamiento durante el parto. Es un reflejo de un sistema basado en protocolos patriarcales y autoritarios que se esconden a plena vista dejando a víctimas ocultas completamente desprotegidas.

Figura 1. Esquema de los factores que se identifican en la violencia gineco-obstétrica como violencia de género.



2.1.9 Reticencias de la comunidad sanitaria.

Como se ha expresado con anterioridad, la violencia obstétrica no solo no presenta un consenso en cuanto a su definición, sino que además en España no se encuentra reconocida, y la comunidad sanitaria no es una excepción.

Los profesionales sanitarios están alarmados por una propuesta que los considera maltratadores en potencia. La Conselleria de Sanidad se opone a un cambio legal que, de aprobarse, podría tener serias implicaciones para el ejercicio de la medicina. Temen que medidas como esta, al permitir denuncias penales por decisiones médicas como realizar una cesárea, hagan imposible el ejercicio de su profesión. (Martí, 2021)

Por el contrario, “una sentencia pionera dictada en Canarias falla que la elección entre parto o cesárea es de la madre y no del médico”. (Canarias Ahora, 2023)

Esta preocupación ha llevado incluso a dimisiones entre ginecólogas que forman parte de comisiones de violencia de género e igualdad en los Departamentos de Salud. Un ejemplo notable es el de Reyes Balanzá, jefa de servicio de Obstetricia y Ginecología del

Hospital Peset, quien rechaza el término "violencia obstétrica" y argumenta que etiquetar a los profesionales, muchos de ellos mujeres, como perpetradores conscientes de daños a las mujeres está políticamente motivado y es legalmente peligroso. (Martí, 2021)

La teoría de los micromachismos de Luis Bonino La teoría de los micromachismos, desarrollada por el psicólogo Luis Bonino Méndez en los años 90, aborda comportamientos sutiles que, aunque menos evidentes que las formas de machismo más explícitas, siguen contribuyendo a la desigualdad de género y a la opresión de las mujeres en la sociedad. (Bonino, 2004)

Así explica también que las mujeres, al internalizar las normas y expectativas de género desde una edad temprana, pueden inconscientemente perpetuar estos patrones, no solo sobre sí mismas sino también sobre otras mujeres, especialmente en contextos donde tienen algún grado de jerarquía. Este fenómeno, descrito como micromachismos de autorregulación, se manifiesta cuando las mujeres en posiciones de liderazgo fomentan roles de género tradicionales o desalientan comportamientos que desafían estas normas, reproduciendo dinámicas de poder patriarcales. Así, las mujeres no solo enfrentan la estructura patriarcal externa, sino también las limitaciones impuestas por normas profundamente arraigadas que ellas mismas pueden estar reforzando, lo cual complica aún más la lucha por la igualdad de género. Abordar estos comportamientos requiere una reflexión consciente y continua sobre cómo las creencias y acciones personales pueden influir y sostener estas estructuras discriminatorias. (Bonino, 2004)

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos ha expresado su preocupación por la propuesta, rechazando el concepto de "violencia obstétrica". Consideran que esto crea alarmas sociales que erosionan la confianza médico-paciente, lo que podría afectar negativamente a la calidad de la atención médica. (Kohan, 2022)

Mientras tanto, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) también ha criticado la tipificación penal de la violencia obstétrica, argumentando que expone a los profesionales a una inseguridad jurídica insostenible. Reconocen que, si bien puede haber prácticas que mejorar, los profesionales sanitarios trabajan constantemente para ofrecer una atención de calidad a todas las mujeres. (Redacción Médica, 2021)

La SEGO considera ilógico incluir estas prácticas en el marco de la violencia de género, especialmente dado que la mayoría de los profesionales en esta especialidad son mujeres. En lugar de medidas punitivas, abogan por un enfoque más constructivo que se centre en la investigación, la sensibilización y la formación continua. Destacan su compromiso con la detección temprana de la violencia de género durante el embarazo y la importancia de una

relación de confianza entre la mujer y el profesional sanitario. En resumen, los profesionales sanitarios rechazan la idea de ser considerados maltratadores y enfatizan su compromiso con el bienestar de las mujeres que atienden. (Redacción Médica, 2021)

La misma institución que publicó unas viñetas -ver imagen 1 e imagen 2- burlándose de las situaciones o patologías que vivían las mujeres en revisiones ginecológicas y obstétricas, en contra de dicha publicación surge "la revolución de las rosas" la cual comienza con un llamamiento nacional impulsado por la plataforma "Sres. y Sras. de la S.E.G.O no somos un chiste", que buscaba provocar una reflexión sobre las viñetas publicadas en la gaceta electrónica de la sociedad médica y la actitud de ésta hacia su profesión y el trato a los pacientes. La convocatoria incluía una acción frente a la sede de la S.E.G.O en Madrid y se extendía a todos los ayuntamientos de España. Desde la plataforma, se extendió una invitación a hombres, mujeres, niños y niñas para dejar una rosa en nombre de alguien que tuviera motivos para no reírse con los chistes de la S.E.G.O, ya sea por ellos mismos, sus madres o esposas. En la rosa se pedía incluir un lazo, papel o etiqueta con el nombre, la patología y la fecha. La acción se llevaría a cabo en silencio y con respeto, bajo el lema "Yo no me río, a mí no me hace gracia". Para aquellos que no pudieran estar en Madrid, se organizarían acciones paralelas en otras ciudades, animando a visitar el grupo en Facebook y a correr la voz. (El Parto Es Nuestro, 2011)

Figura 2.



Fuente: Gosálvez, 2011

Figura 3.



Fuente: Gosálvez, 2011

Como explica la ginecóloga Miriam Al Adibn, en la comunidad sanitaria, hay una tendencia a adoptar una visión muy egocentrista respecto a la legalización de la violencia obstétrica. Es crucial comprender que el objetivo de esta medida no es atacar al personal sanitario, sino reconocer a unas víctimas que han permanecido ocultas durante mucho tiempo. La propuesta busca proporcionarles una vía de defensa, así como, revisar y cambiar los protocolos médicos obsoletos (Aguilar, 2021). Que como se ha explicado anteriormente comprenden la violencia institucional o cultural.

Por ejemplo, el llamado "Documento Informativo (con valor de consentimiento informado) sobre la Asistencia al Parto", que lamentablemente ha proliferado en los hospitales españoles, no posee validez legal y representa una grave violación de los derechos de los pacientes. La sentencia del 20 de octubre de 2009 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección 9ª, recurso 151/2006, invalidó un documento de este tipo elaborado de manera estandarizada por la SEGO, argumentando que no cumplía con los requisitos que tanto el Derecho positivo como la jurisprudencia asignan al consentimiento informado. Esto genera las bases para que surja la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por falta de consentimiento

informado. En consecuencia, se condena a la Administración demandada. (El parto es nuestro, s.f)

Aunque la propuesta para reconocer la violencia gineco-obstétrica ha generado un amplio debate dentro del sector de la salud, las opiniones entre las instituciones sanitarias están notablemente divididas. Esta polarización refleja la complejidad y la sensibilidad del tema, subrayando la necesidad de un diálogo más profundo y de soluciones que concilien las preocupaciones éticas y prácticas en el cuidado de la salud.

Ante semejante panorama, las asociaciones de matronas alzan su voz contra el silencio y la negación que rodean a la violencia obstétrica. La FAME declara con firmeza que la violencia obstétrica es una realidad innegable en el país, una problemática que requiere acción inmediata y decisiva. Para la Asociación Gallega de Matronas, no hay lugar para dudas: la violencia obstétrica existe, y es hora de reconocerla abiertamente. Ambos grupos hacen un llamado urgente a los profesionales de la obstetricia para que aborden este problema de frente, sin rodeos ni eufemismos, y para que se implemente de manera efectiva la Estrategia de Atención al Parto Normal, aprobada hace una década. Es un momento crucial para enfrentar esta realidad y trabajar juntos hacia un cambio positivo en la atención obstétrica en España. (Aguilar, 2021)

2.2 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS: RESULTADOS ESPERADOS.

- Hipótesis:

1. Los partos en España están siendo patologizados, excesivamente medicalizados, y las parturientas reciben un trato paternalista por parte del personal sanitario.
2. La violencia gineco-obstétrica presenta una alta incidencia y un bajo reconocimiento.
3. La estructura y mentalidad que ha dejado el patriarcado es la base tanto de la violencia gineco-obstétrica como de la falta de visibilización de esta.
4. Se ejerce de manera casi sistemática ya que se encuentra en los protocolos médicos.
5. La normalización de la violencia gineco-obstétrica ha derivado en una indefensión aprendida.
6. La violencia obstétrica constituye un tipo de violencia de género ya que presenta todas las características de esta última.

- Resultados esperados:

La violencia gineco-obstétrica presenta una alta incidencia y un bajo reconocimiento. Se espera que el estudio evidencie cómo la falta de conocimiento y la internalización de roles de género limitan la capacidad de las mujeres para ejercer su derecho a un parto respetado, en el cual puedan tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y el proceso del parto. Además, se anticipa encontrar que muchas de las prácticas médicas actuales, aunque carezcan de beneficios demostrables y presenten riesgos potenciales, se han normalizado debido a su inclusión en los protocolos establecidos. De esta forma se pretende observar una alta cifra negra, es decir que de las mujeres que digan que no han sufrido violencia gineco-obstétrica muestren una alta incidencia, también se espera que tras el apartado de concienciación los resultados cambien, y que más mujeres se sientan identificadas y sean capaces de reconocer que han sufrido prácticas que encajan en el espectro de este tipo de violencia.

3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.

3.1 METODOLOGÍA.

En el siguiente apartado, se abordarán los dos grandes bloques de este trabajo: en primer lugar, la metodología utilizada para la revisión del marco teórico, y en segundo lugar, la metodología empleada en la realización de la encuesta. Estos enfoques metodológicos proporcionarán una comprensión integral y estructurada de los fundamentos teóricos y empíricos del estudio.

- Metodología del Marco Teórico.

Este Trabajo de Fin de Grado se ha estructurado utilizando una metodología basada en la revisión bibliográfica y un minucioso análisis de información relevante. Para ello, hemos consultado tanto fuentes primarias como secundarias.

La recopilación de datos se ha llevado a cabo principalmente a través de fuentes primarias de prestigiosas organizaciones nacionales e internacionales, incluyendo el Instituto Nacional de Estadística, el Ministerio de Sanidad, la Organización Mundial de la Salud, la Organización de Naciones Unidas, el Observatorio de Salud de las Mujeres, el Observatorio de Violencia Obstétrica y la asociación El Parto es Nuestro, entre otros.

En relación a las fuentes secundarias, y dada la escasez de investigaciones publicadas sobre el tema central de este estudio, hemos recurrido a fuentes periódicas reconocidas como el periódico El País, además de libros y documentos académicos que reportan estudios llevados a cabo a nivel nacional, se hace necesario destacar que estos estudios se han realizado desde una perspectiva antropológica o médica, pero no criminológica. La

información obtenida de estas fuentes ha sido crucial para identificar los aspectos clave que han guiado la formulación de las conclusiones de este trabajo.

- Metodología de la Encuesta.

Para esta investigación, se ha optado por un enfoque cualitativo con el objetivo de profundizar en la comprensión de los fenómenos estudiados desde la perspectiva de quienes los experimentan directamente.

Según Guerrero (2016) este método es ideal para explorar las opiniones, experiencias y percepciones subjetivas de los individuos o grupos implicados. Se centra en analizar los contextos y las interacciones de los participantes, permitiendo así un entendimiento más detallado de cómo estos individuos interpretan y dan sentido a su entorno. Se busca captar la esencia de las experiencias personales y colectivas relacionadas con el tema de estudio.

Siguiendo un enfoque inductivo, tal como sugiere Abreu (2014), la investigación se orienta a construir comprensiones generales a partir de observaciones específicas y detalladas. Este método nos permite formar un marco teórico que emerge de los datos, ayudando a identificar patrones y temas a medida que avanzamos desde lo particular hacia generalizaciones más amplias. Este enfoque inductivo es fundamental para asegurar que las conclusiones sean reflejo fiel y directo de las realidades vividas por los participantes.

No obstante, cabe destacar que la encuesta está diseñada para integrar tanto preguntas cerradas como abiertas, lo que la convierte en una herramienta de investigación escalable que aprovecha también los beneficios de la técnica cuantitativa. Las preguntas cerradas facilitan el análisis cuantitativo, permitiendo recolectar datos que pueden ser fácilmente codificados y analizados estadísticamente para identificar patrones y tendencias en un grupo amplio de participantes. Esta estructura asegura eficiencia y precisión en la recopilación de datos.

Por otro lado, la inclusión de preguntas abiertas enriquece la encuesta con una dimensión cualitativa, ofreciendo a los encuestados la oportunidad de expresar sus opiniones, experiencias y reflexiones de manera más detallada y profunda. Este enfoque cualitativo permite una exploración más rica y contextual de los temas, brindando insights y matices que las respuestas cerradas por sí solas no podrían revelar.

Al combinar ambos tipos de preguntas, la encuesta no solo cuantifica aspectos específicos del fenómeno estudiado, sino que también profundiza en el entendimiento de las experiencias y percepciones subjetivas de los participantes, capturando así una visión más completa y matizada del tema en cuestión.

Se ha optado por utilizar una encuesta en lugar de entrevistas debido a varias ventajas clave que esta metodología ofrece. En primer lugar, la encuesta permite alcanzar un mayor número de participantes en comparación con las entrevistas, lo que amplía la representatividad y la generalizabilidad de los resultados. Además, la combinación de preguntas cerradas y abiertas en la encuesta facilita tanto el análisis cuantitativo como cualitativo de los datos, proporcionando una comprensión más completa y matizada del fenómeno estudiado. Las preguntas cerradas permiten una recolección eficiente y precisa de datos cuantificables, mientras que las preguntas abiertas enriquecen la investigación con detalles y profundidades adicionales que capturan las experiencias y percepciones subjetivas de los encuestados. En conjunto, esta estructura híbrida de la encuesta ofrece un equilibrio óptimo entre amplitud y profundidad en el análisis de los datos, superando las limitaciones que podrían presentar las entrevistas individuales en términos de tiempo y recursos.

La primera fase de la investigación cualitativa se ha basado en la búsqueda exhaustiva de datos y cifras válidas y fiables sobre la temática mencionada para su posterior contrastación. Seguidamente, se ha realizado un análisis documental de la información con la que se ha elaborado la encuesta semiestructurada dividida en 124 ítems (ver anexo 1).

Para obtener datos desglosados y facilitar el análisis de la cifra negra en el estudio -una alta incidencia y un bajo conocimiento-, la encuesta está diseñada de manera que dirige a los participantes a páginas específicas con preguntas determinadas según las respuestas previas proporcionadas. No obstante, es importante señalar que en ciertas ocasiones, aunque las páginas puedan diferir, las preguntas formuladas son idénticas. Esta estrategia metodológica se emplea intencionadamente para asegurar que las mismas preguntas sean respondidas en diferentes contextos o grupos, permitiendo así que los resultados se recolecten y analicen por separado. Este enfoque facilita una comparación más precisa entre grupos y mejora la interpretación de las variables involucradas, así como la identificación y análisis más detallado de la cifra negra, esencial para el objetivo de esta investigación.

El inicio de la encuesta hace referencia a un cribado del personal sanitario de la población entrevistada por sexo (1-4). Seguidamente, se presentan las cuestiones relativas al personal sanitario (5-13). A continuación se criba de nuevo por sexo a la población no sanitaria para posteriormente mostrar los 8 principales bloques o categorías en el que se va a focalizar nuestra investigación que a su vez cribarán también.

En la sección destinada a mujeres, el primer bloque, analiza las experiencias en el ginecólogo y en relación, el conocimiento sobre la VGO (14-36). La segunda categoría

analiza las experiencias obstétricas en las etapas preliminares (37-58), en el parto por cesárea (59-67), en el parto natural (68-88), y en el aborto (89-96). La tercera, se explica lo que es la violencia gineco-obstétrica y se realizan una serie de preguntas al respecto (97-101). Finalmente, en la cuarta se realizan unas preguntas sobre las secuelas (102-108)

Se procede ya a pasar a la sección destinada a los hombres donde en primer lugar se criba según si son padres o si tienen hermanas o pareja heterosexual (109-110) tras ello se analiza su conocimiento sobre los procesos biológicos básicos sobre la menstruación y la atención que prestan cuando se habla de “temas de mujeres” (111-115). Una vez finalizado, se vuelve a cribar entre aquellos que han estado en salas de parto de acompañantes y los que no para realizarles las preguntas correspondientes a su experiencia (116-119) y finalmente a términos generales se explica la VGO y se realizan una serie de preguntas al respecto (120-124).

La encuesta se dirige también a hombres para capturar una perspectiva completa y diversa sobre la violencia gineco-obstétrica. Incluir a los hombres permite comprender sus conocimientos, actitudes y percepciones sobre esta problemática, lo cual es crucial dado su papel como potenciales aliados en la lucha contra la violencia de género. Además, los hombres deben estar capacitados para ayudar a sus amigas, parejas o familiares a denunciar o reconocer si están sufriendo prácticas de violencia gineco-obstétrica, en lugar de contribuir al problema. En momentos críticos como el parto, muchos hombres actúan como acompañantes y necesitan poder defender a sus mujeres, solo podrán hacerlo de manera efectiva si poseen un conocimiento mínimo sobre el tema. Al considerar las opiniones de ambos géneros, se busca fomentar una mayor sensibilización y compromiso colectivo para erradicar la violencia gineco-obstétrica, subrayando que esta lucha concierne a toda la sociedad y no solo a las mujeres.

Así, la población encuestada está compuesta por 70 sanitarios y 336 civiles de los cuales 258 son mujeres y 81 son hombres. La edad oscila entre los 20 y los 60 años.

La información obtenida en las entrevistas se trata de fuentes primarias ya que son datos totalmente originales. Además, cada una de las personas encuestadas han confirmado que dan su consentimiento de que las respuestas son totalmente anónimas y confidenciales. La herramienta empleada para la realización de la encuesta ha sido google forms, el período permitido para la cumplimentación ha sido del día 9 de abril de 2024 al 1 de mayo de 2024, la difusión se ha realizado mediante la distribución del código qr en las farolas de las calles del centro de valencia, así como en algunos locales como peluquerías o bares y por redes sociales para poder llegar a todos los rangos de edad.

3.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Las consideraciones éticas en esta investigación se han enfocado principalmente en garantizar el respeto por la dignidad, la privacidad y la autonomía de los participantes, asegurando un proceso éticamente riguroso y responsable. Aquí están detalladas las principales consideraciones éticas que se han tomado en cuenta:

- **Consentimiento informado:** Antes de participar en la encuesta, se proporcionó a cada participante información clara y comprensible sobre los objetivos de la investigación, los métodos que se utilizarían, los posibles riesgos y beneficios, y su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna consecuencia. Solo después de que los participantes dieran su consentimiento explícito, se procedió con la recopilación de datos.
- **Confidencialidad y anonimato:** Se ha asegurado a los participantes que toda la información recogida durante la investigación sería tratada con la máxima confidencialidad. Las respuestas de las encuestas se anonimizan, asegurando que los datos personales no sean accesibles ni se vinculen con las identidades de los participantes. Esto protege la privacidad de los individuos y reduce cualquier riesgo de estigmatización o represalia.
- **No maleficencia:** Se ha tenido especial cuidado en evitar cualquier daño a los participantes. Esto incluye el diseño de preguntas de la encuesta que no sean invasivas ni provoquen malestar emocional. En casos donde los temas tratados podrían evocar respuestas emocionales, se proporcionó información de contacto de servicios de apoyo y asesoramiento para los participantes que pudieran necesitarlo.
- **Beneficencia:** La investigación se diseñó con el objetivo de generar conocimientos que puedan contribuir positivamente a abordar y mitigar la violencia gineco-obstétrica, un problema social significativo. Esto alinea el estudio con el principio de beneficencia, buscando producir beneficios tangibles y mejorar la situación de las mujeres afectadas por estas prácticas.

3.3 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

En el apartado de limitaciones de este estudio, es fundamental reconocer que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a la población general.

Este estudio empleó un método de muestreo no probabilístico, específicamente técnicas de muestreo por bola de nieve y por conveniencia. Estos métodos, aunque útiles para

acceder a poblaciones específicas y facilitar la recopilación de datos bajo ciertas circunstancias, no proporcionan una muestra representativa de la población general.

El muestreo por bola de nieve, que depende de las redes sociales y los contactos personales de los participantes existentes para reclutar a otros, y el muestreo por conveniencia, que selecciona sujetos en función de su disponibilidad y facilidad de acceso, pueden introducir sesgos en los datos.

Por lo tanto, los hallazgos derivados de este estudio deben interpretarse con cautela y considerados preliminares, ya que reflejan las características y opiniones específicas de un grupo particular más que de la población en su conjunto.

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Tras la revisión exhaustiva de la literatura relevante que sirvió para fundamentar el marco teórico de nuestro estudio y la formulación de hipótesis correspondientes, solo queda exponer los resultados obtenidos de las 410 respuestas a la encuesta. Los datos se expondrán categorizados en 4 secciones relativas al personal sanitario, mujeres, hombres y testimonios ofrecidos.

Entre estas secciones la segunda y tercera, relativa a aquellos que no son personal sanitario, estarán divididas en los 8 bloques más significativos del estudio: mujeres -experiencia ginecológica, experiencia obstétrica, concienciación, secuelas-; hombres -conocimiento general, experiencia en salas de parto, y concienciación-.

Posteriormente, en la sección de conclusiones se analizará si se han alcanzado los objetivos propuestos y si las hipótesis formuladas han sido verificadas.

4.1 Personal Sanitario.

De los encuestados, el 17.2% son estudiantes o profesionales sanitarios. De ese grupo, un 22.86% están especializados en ginecología u obstetricia, mientras que el 77.14% restante son profesionales de otras especialidades.

No se observan diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la percepción y conocimiento sobre la violencia gineco-obstétrica, lo que sugiere que las opiniones al respecto podrían estar más influenciadas por la formación profesional y la especialización que por el género.

De los especialistas en ginecología y obstetricia (22.86%): el 100% conoce el término "violencia gineco-obstétrica"; el 55% ha recibido formación específica sobre este tipo de

violencia; el 44.6% considera que el término "violencia gineco-obstétrica" no es adecuado, mientras que el 55.6% opina que no debería considerarse como violencia de género.

De los profesionales no especializados en ginecología y obstetricia (77.14%), tan solo el 40% sabe lo que es la violencia gineco-obstétrica.

Existe una clara diferencia en el nivel de conocimiento y formación sobre la violencia gineco-obstétrica entre los especialistas en ginecología y obstetricia y los otros profesionales sanitarios. Dicha diferencia sustancial en el nivel de conocimiento resalta un problema importante de visibilidad y sensibilización sobre este tipo de violencia dentro del sector sanitario.

La casi universal conciencia y formación sobre violencia gineco-obstétrica entre los especialistas contrasta fuertemente con el conocimiento mucho más limitado entre los no especialistas, donde solo el 40% está familiarizado con el término. Esta disparidad indica que la violencia gineco-obstétrica podría estar siendo tratada como un tema de nicho, relevante principalmente para aquellos directamente involucrados en la atención ginecológica y obstétrica, más que como una cuestión de relevancia general para todos los profesionales de la salud.

Si el conocimiento sobre un tipo específico de violencia, que se da durante la atención médica, es limitado dentro de la comunidad médica es razonable suponer que la conciencia general en la sociedad podría ser aún menor. La comunidad médica suele ser vista como una fuente de información confiable y autorizada; si ellos mismos no están plenamente informados o sensibilizados sobre un problema, es difícil esperar que el público general tenga un mayor entendimiento o conciencia de dicho problema.

Los profesionales de la salud juegan un papel crítico en la detección y el manejo de todos los tipos de violencia contra los pacientes, incluida la violencia gineco-obstétrica. Su capacidad para actuar de manera efectiva puede verse comprometida si no están adecuadamente formados o si no reconocen ciertas prácticas como formas de violencia.

Cabe añadir que todos los especialistas en ginecología y obstetricia están familiarizados con el término, hay un porcentaje significativo que no está de acuerdo con él (44,6%) o con clasificar estos actos como violencia de género (55,6%).

Esta disparidad en la aceptación del término subraya la importancia crucial de la prevención y el papel de los criminólogos en este contexto. La prevención se convierte en una herramienta esencial para educar y sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la

violencia obstétrica, fomentando una comprensión más profunda y una aceptación más amplia del problema.

Los criminólogos, con su formación especializada en la prevención del delito y la comprensión de la violencia, pueden desempeñar un papel vital en el desarrollo de programas educativos y de sensibilización. Su experiencia en la identificación de factores de riesgo y en la implementación de estrategias preventivas es fundamental para abordar las raíces culturales y estructurales de la violencia obstétrica. Además, los criminólogos pueden contribuir a la creación de protocolos y políticas que promuevan prácticas respetuosas y dignas en la atención gineco-obstétrica, asegurando que los derechos de las mujeres sean protegidos y respetados.

4.2 Mujeres.

En la siguiente sección del estudio, se abordarán las opiniones y experiencias reportadas por las mujeres encuestadas, quienes constituyen el 77,3% del total de participantes. Esta parte del análisis se centrará en comprender cómo las mujeres, sin hacer distinción entre si son profesionales sanitarios o no, perciben y enfrentan la violencia gineco-obstétrica.

Este enfoque permitirá obtener una visión más integral de cómo la violencia gineco-obstétrica afecta a una amplia gama de mujeres, independientemente de su formación profesional.

4.2.1 Experiencia ginecológica.

El hecho de que el 5.4% de las mujeres encuestadas nunca haya visitado a un ginecólogo, con un 43.8% de ese grupo citando el miedo como razón principal, señala la existencia de barreras significativas para acceder a la atención médica ginecológica. Este miedo puede estar relacionado con la falta de información, experiencias previas negativas o una percepción generalizada de la atención ginecológica como intimidante o incómoda. Además, el 94.1% de estas mujeres no sabe qué es la violencia gineco-obstétrica. Esto sugiere una falta generalizada de conciencia sobre este tipo de violencia.

De las mujeres que han acudido al ginecólogo, solo el 41% está informada sobre lo que es la violencia gineco-obstétrica. Esta falta de conciencia generalizada puede ser un reflejo de la escasa educación y sensibilización sobre los derechos reproductivos y de salud entre las mujeres, alineándose con la hipótesis sobre la influencia de la internalización de roles de género y estructuras de poder.

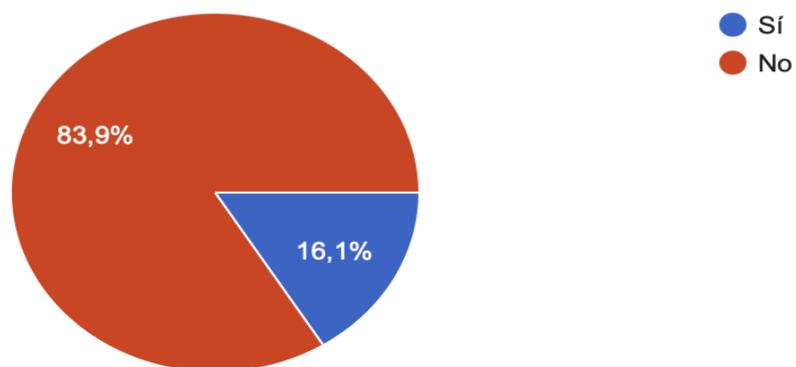
Por otro lado, es alarmante que, del 41% que conoce la violencia gineco-obstétrica, el 83,9% no sepa a dónde acudir en caso de enfrentarse a ella, lo que indica una falta de conocimiento sobre los recursos disponibles para buscar ayuda y apoyo en tales situaciones.

Además, el 62,6% de las que han visitado al ginecólogo reporta haber sufrido este tipo de violencia, pero sólo el 3,4% ha denunciado, y estas denuncias no prosperan. Esto señala posibles deficiencias en los procesos de denuncia y en la respuesta institucional ante estos casos.

Figura 4. Resultados de la pregunta ¿Sabrías dónde acudir si sufireras violencia gineco-obstétrica?

¿Sabrías dónde acudir si sufireras violencia gineco-obstétrica?

155 respuestas



Un hallazgo crucial es que, del 37,4% de mujeres que creen no haber sufrido violencia gineco-obstétrica, el 20% se ha sentido insultada por su ginecólogo y el 41,7% siente que su ginecólogo no le informa de las alternativas posibles a lo que le sucede o no se asegura de que lo comprende, lo que causa que no puedan tomar decisiones informadas sobre su salud.

Esto indica que la violencia gineco-obstétrica está subreportada y que muchas mujeres sufren sin reconocer que sus experiencias son formas de violencia, lo que indica la existencia de una incidencia alta de cifra negra -es decir una alta incidencia y un bajo reconocimiento-, que a su vez se corresponde con lo expuesto en las hipótesis y en los resultados esperados.

4.2.2 Experiencia obstétrica.

- Experiencia general.

Un 34% de las mujeres reportó haber sufrido violencia gineco-obstétrica. Este dato por sí solo ya indica una prevalencia considerable de experiencias negativas durante el proceso de parto y postparto.

El 66% de las mujeres que indicaron no haber sufrido violencia gineco-obstétrica reportan situaciones que efectivamente califican como tales. Dentro de este grupo, el 41,6% mencionó que no se les pidió consentimiento o no fueron informadas sobre los procedimientos que se les iban a realizar. Esta falta de consentimiento informado o directamente la toma de decisiones por ella, es una violación de los derechos del paciente. Este hallazgo revela que una proporción significativa de mujeres no reconoce ciertas prácticas como una vulneración de sus derechos.

El 27% de ese 66% de mujeres, reportaron no poder estar acompañadas durante varios procedimientos. La imposibilidad de tener un acompañante durante momentos críticos, especialmente en el parto, es otra forma de violencia gineco-obstétrica, ya que priva a la mujer de apoyo emocional y de un testigo que pueda abogar por sus intereses en un momento de vulnerabilidad.

La falta de reconocimiento de ciertas prácticas como formas de violencia sugiere que muchos profesionales podrían estar perpetuando prácticas abusivas inadvertidamente, por falta de formación adecuada o por normas institucionales desactualizadas.

Solo un 37,17% de las mujeres encuestadas realizaron un plan de parto. Esto sugiere que la mayoría de las mujeres no están utilizando esta herramienta, que es fundamental para comunicar su consentimiento informado.

De estas mujeres que sí prepararon un plan de parto, un 77,46% mencionó que en el hospital no se les solicitó este documento y a un 56,33% no se les siguió el plan que habían preparado. Estos datos indican una grave falla en el sistema hospitalario para incorporar y respetar los deseos y derechos de las mujeres durante el parto, lo que se interpreta como violencia gineco-obstétrica en su más pura forma de violencia institucional.

Las razones por las que el 62,83% de las mujeres no realizaron un plan de parto son preocupantes. Un 44,7% indicó que no se les ofreció la opción y un 34,2% ni siquiera sabía de su existencia. Además, comentarios como: "Pense que no me lo iban a respetar y que si lo llevaba podrian tratarme como una tonta por hacerlo, que se iban a reir de mi"; "me

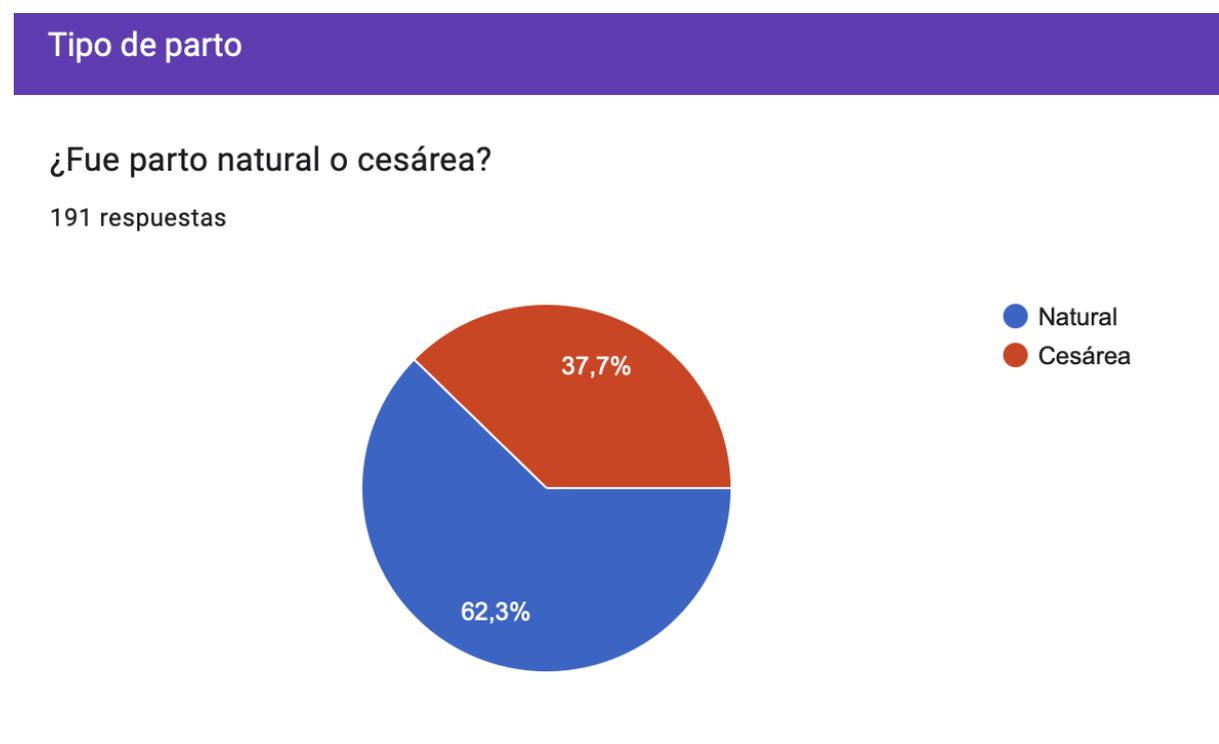
dijeron que no hacían caso de los planes de parto"; "Me dijeron que el hospital al que iba seguía sus propios protocolos de parto y que hacer el plan de parto no serviría de nada"; y "La matrona del centro de salud me dijo que se iban a molestar si lo llevaba", reflejan una falta de apoyo institucional y posiblemente una cultura de menosprecio hacia la autonomía de las pacientes.

La no solicitud y el no seguimiento de los planes de parto reflejan una estructura de atención obstétrica que no solo desempodera a las mujeres sino que también desatiende sus derechos básicos a la autonomía y al consentimiento informado. Claramente, esto constituye una forma de violencia gineco-obstétrica que subraya la necesidad de cambios estructurales en cómo se manejan los procesos de parto en los hospitales.

- Parto por Cesárea.

Un 37,7% de las mujeres encuestadas tuvieron un parto por cesárea, lo cual supera considerablemente el máximo del 15% recomendado por la OMS. Este exceso sugiere una posible tendencia hacia la medicalización excesiva del parto.

Figura 5. Respuestas a la pregunta ¿Fue parto natural o cesárea?



La información detalla que solo un 12,5% de las mujeres optaron conscientemente por una cesárea desde el inicio. El resto parece haber sido empujado hacia esta opción sin un proceso adecuado de consentimiento informado pues, un 46% de las mujeres indicó que no

se les informó adecuadamente sobre lo que suponía someterse a una cesárea, un 54% reportó que no se les informó sobre las alternativas posibles a la cesárea, un 44,4% afirmó que no se solicitó su consentimiento de manera explícita, un 20,6% declaró que no se les consultó en absoluto y un 14,3% de las mujeres aceptaron la cesárea porque fueron asustadas con las consecuencias de no optar por este método.

Este tipo de coerción puede tener un impacto negativo duradero en la percepción de las mujeres sobre su experiencia de parto y su confianza en la atención médica.

Estos hallazgos resaltan violaciones claras a la autonomía de las mujeres y al respeto hacia su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo y el proceso de parto.

- **Parto Natural.**

La información detalla múltiples violaciones de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los derechos fundamentales de las mujeres a la autonomía y al consentimiento informado.

Un alarmante 62,2% de las mujeres informó que no se les pidió consentimiento para uno o más procedimientos durante el parto. El 83,2% de las mujeres no tuvo la opción de elegir la posición en la que dar a luz, contraviniendo las directrices de la OMS que recomiendan permitir a las mujeres adoptar la posición que prefieran durante el parto. Más de la mitad de las mujeres (56,3%) se sometieron a una inducción del parto, la OMS señala que este procedimiento solo debe realizarse cuando sea estrictamente necesario por razones médicas. Al 66,4% de las mujeres se les restringió la ingesta de alimentos y bebidas durante el parto, esta práctica no está respaldada por evidencias científicas que demuestren beneficios, pero sí presenta riesgos y malestares adicionales para la mujer.

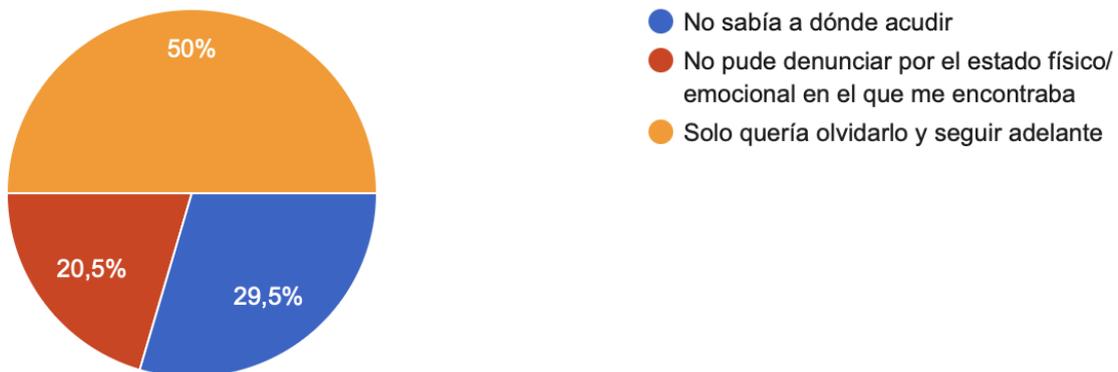
Más de un 30% de las mujeres recibieron comentarios fuera de lugar por parte del personal sanitario, lo cual puede ser humillante y deshumanizante, añadiendo un componente emocional negativo a la experiencia del parto.

A pesar de la claridad de estas violaciones a las normas de atención recomendadas y a los derechos de las mujeres, solo un 37% de las encuestadas consideran haber sufrido violencia gineco-obstétrica. Este dato subraya una normalización preocupante de prácticas inadecuadas y abusivas en el contexto obstétrico.

Ninguna de ellas procedió a denunciar: el 50% prefirió olvidar lo sucedido y seguir adelante, lo que puede indicar un mecanismo de defensa ante la falta de apoyo percibido; el

29,5% no sabía a dónde acudir para hacer una denuncia, lo que refleja una falta de información y recursos disponibles para las víctimas; el 20,5% se encontraba en un estado físico o emocional que les impidió realizar denuncias.

Figura 6. Respuestas a la pregunta ¿Por qué (no denunciaste)?



Este panorama ilustra no solo la prevalencia de prácticas abusivas y desinformadas en el cuidado obstétrico sino también la urgente necesidad de intervenciones educativas y estructurales. Es crucial mejorar la formación de los profesionales de la salud en cuanto a los derechos de las mujeres y el manejo respetuoso del parto, promover políticas que garanticen el consentimiento informado y apoyar a las mujeres en la defensa de sus derechos para transformar estas prácticas y percepciones normalizadas.

- **Aborto.**

Los resultados de tu estudio sobre las experiencias de mujeres que han tenido un aborto revelan aspectos preocupantes que apuntan a la violencia gineco-obstétrica, aunque no siempre sea reconocida como tal por las afectadas.

Un 40% de las mujeres que tuvieron un aborto sienten que no fueron informadas adecuadamente durante todo el proceso. El 20% de estas mujeres siente que no tomó las decisiones libremente. Que el 40% de las mujeres indique haber recibido comentarios fuera de lugar por parte del personal sanitario es altamente inapropiado y refleja un entorno de falta de respeto y posiblemente de estigmatización hacia las mujeres que optan por o necesitan un aborto.

A pesar de estos aspectos adversos, solo un 33,3% de las mujeres considera que sufrió violencia gineco-obstétrica. Esto sugiere una normalización de malas prácticas y abusos

como parte del procedimiento médico, lo cual es alarmante y señala una falta grave de sensibilización sobre qué constituye un tratamiento adecuado y respetuoso.

De las mujeres que sienten haber sufrido violencia gineco-obstétrica, ninguna ha denunciado la situación. Un 60% de ellas atribuyó su inacción a su estado físico o mental en ese momento, y un 40% quería simplemente olvidar lo ocurrido y seguir adelante.

Este análisis subraya la necesidad crítica de abordar y erradicar la violencia gineco-obstétrica en todos los aspectos de la atención de salud reproductiva. Es fundamental fomentar un ambiente donde las mujeres se sientan seguras y apoyadas para denunciar cualquier maltrato, y asegurar que existan recursos disponibles para ayudarlas a manejar las consecuencias emocionales y físicas de tales experiencias.

4.2.3 Concienciación.

El análisis de las respuestas obtenidas antes y después de proporcionar una definición de violencia gineco-obstétrica muestra una interesante dinámica en el reconocimiento y la percepción de esta forma de violencia entre las mujeres encuestadas. A pesar de la explicación proporcionada, no se observó un cambio significativo en el porcentaje de mujeres que reconocieron haber sufrido violencia gineco-obstétrica; este se mantuvo en un 34%. Esto podría indicar una profunda normalización de ciertas prácticas no consensuadas y una falta de conciencia sobre qué constituyen estas formas de violencia, aun cuando se les provee información específica. Cabe destacar que no se corresponde con los resultados esperados.

Además, es notable que, aunque solo un 34% de las mujeres reconoció haber experimentado violencia obstétrica, de aquellas que dijeron no haber sufrido este tipo de violencia un 62,2% de las mujeres informó que no fueron adecuadamente informadas o que no se les pidió consentimiento para procedimientos durante el embarazo o el parto, y un 83,2% dijo que no se les permitió elegir la posición durante el parto. Estas cifras sugieren que hay una discrepancia considerable entre las experiencias reportadas por las mujeres y su identificación de estas experiencias como formas de violencia.

En cuanto a la violencia ginecológica, el 19,33% de las mujeres reconoció haber sufrido este tipo de violencia, mientras que un 41,7% de aquellas que dijeron no haber experimentado dicho tipo de violencia reportaron no haber sido informadas sobre los procedimientos que se les realizaban. Este dato también destaca una falta de reconocimiento de qué constituye violencia ginecológica, ya que la falta de información y consentimiento son claramente formas de violación de los derechos de las pacientes.

De esta forma, en base a las preguntas realizadas para medir la incidencia real que no la percibida se muestra que en relación a prácticas de violencia ginecológica un 53% de las mujeres la ha sufrido, mientras que en violencia obstétrica un 65,44% de las mujeres.

Esto evidencia la altísima incidencia real de violencia gineco-obstétrica y una muy baja incidencia percibida.

La persistencia de tales prácticas y la baja tasa de reconocimiento y denuncia de la violencia gineco-obstétrica ponen de manifiesto la necesidad urgente de intervenciones educativas dirigidas tanto a profesionales de la salud como a pacientes para mejorar la comprensión y el respeto por los derechos de las mujeres en estos contextos médicos.

4.2.4 Secuelas.

El análisis de los datos recogidos sobre las secuelas emocionales y psicológicas de las experiencias en el contexto ginecológico y obstétrico revela impactos significativos en las mujeres encuestadas. Estas secuelas son indicativas de experiencias traumáticas durante el parto o las visitas al ginecólogo.

Un 24% de las mujeres reportó sentir ansiedad asociada a sus experiencias de parto o visitas al ginecólogo. Un 30,3% de las encuestadas expresó sentir miedo o aprensión al pensar en futuras visitas al ginecólogo. Este temor puede actuar como una barrera significativa para buscar atención médica necesaria, lo que podría resultar en el retraso o la evitación de cuidados preventivos o de tratamiento esenciales.

El hecho de que un 31% de las mujeres indique tener dificultades para confiar en los profesionales de la salud es especialmente preocupante. La falta de confianza puede llevar a una menor adherencia a los tratamientos recomendados y a un aumento del estrés y la ansiedad durante las interacciones médicas.

4.3 Hombres.

La sección de hombres aporta una perspectiva crucial sobre la comprensión y las actitudes masculinas hacia temas relacionados con la salud ginecológica y reproductiva de las mujeres. Se evidencian varios problemas de percepción y comportamiento que pueden influir en la dinámica social y el apoyo que las mujeres reciben de los hombres en su entorno.

Más del 50% de los hombres que consideran tener conocimientos básicos sobre el ciclo menstrual, de hecho, no los tienen. El 25% admite desconectar cuando una mujer habla sobre temas como el ginecólogo o la menstruación, considerándolos exclusivamente "temas

de mujeres". Este tipo de actitud no solo refleja una falta de apoyo, sino que también perpetúa estigmas y tabúes en torno a la salud femenina, lo que puede hacer que las mujeres se sientan aisladas o avergonzadas por discutir estos temas abiertamente.

El 63% de los hombres dice conocer al menos una mujer que se siente incómoda en el ginecólogo. Finalmente, a un 41,7% de los hombres que han estado presentes en la sala de parto se les ha pedido que se limiten a proporcionar apoyo emocional y que no intervengan en el proceso, lo que contribuye a que la mujer se sienta más aislada todavía porque a pesar de que ella quiera decir que no frente a alguna práctica se encuentra completamente sola.

4.3.3 Concienciación.

Un 60% de los hombres encuestados indicó que alguna mujer de su entorno había sufrido violencia gineco-obstétrica según la descripción proporcionada. Este porcentaje refleja una conciencia considerable sobre el problema. Notablemente, un 98,1% de los hombres afirmó que es importante que los hombres sean educados sobre violencia gineco-obstétrica. Este alto porcentaje subraya un reconocimiento generalizado de que la educación en este ámbito no solo es crucial para los hombres para comprender mejor y apoyar a las mujeres en su entorno, sino también para fomentar una sociedad más justa y equitativa en la que dichas violencias sean reconocidas y abordadas de manera efectiva.

Además, un 85,2% de los encuestados considera que debería legislarse al respecto. Esta opinión sugiere un fuerte apoyo para institucionalizar medidas que protejan mejor a las mujeres contra la violencia gineco-obstétrica.

Estos resultados indican una base sólida para futuras intervenciones. La involucración activa de los hombres en estos procesos no solo es beneficiosa, sino necesaria para lograr cambios significativos en las percepciones y las prácticas sociales respecto a la salud y los derechos de las mujeres.

4.4 Testimonios.

A continuación, presentaremos algunos de los numerosos testimonios que tanto mujeres como hombres han decidido compartir a través de las preguntas abiertas de nuestra encuesta. Cada una de estas narraciones es un reflejo personal y profundamente significativo de sus experiencias. Pedimos encarecidamente que estos testimonios sean tratados con el máximo respeto, ya que muchos de ellos relatan situaciones que son verdaderamente devastadoras. La honestidad y valentía con las que estos testimonios han sido ofrecidos merecen nuestra consideración y comprensión más profundas.

- Hombres.

Por ejemplo, conozco casos de mujeres a las que se les ha practicado la cesárea para acabar rápido, en situaciones que el procedimiento debería haber sido otro.

La de mi mujer, tuvo la peor matrona posible, ni empatía con ella ni conmigo ni las atenciones necesarias.

Mi esposa no fue tratada bien en su primer parto y en sus 5 embarazos siguientes que resultaron fallidos con 5-6 meses de embarazo.

La que sufrió mi mujer en su primer parto. Fue horrible y encima casi la pierdo.

Cuando no se trata a la mujer con respeto. Cuando se usan técnicas que ella no desea. A veces sin avisar. Nos ocurrió antes de tener a nuestra hija, que la ginecóloga le metió los dedos y le hizo mucho daño. No me acuerdo el nombre de la técnica pero está prohibido hacerla. En el parto utilizaron más anestesia de la que Solicitamos, y el feto sufrió por las prisas que tenían.

- Mujeres.

A continuación se muestra una tabla de recopilación de los principales comentarios obtenidos en la encuesta hacia mujeres por parte del ginecólogo. Estos comentarios se analizan en base a su origen, contenido y consecuencia, proporcionando una visión detallada de las experiencias reportadas y su impacto en las pacientes.

Tabla 4. Análisis de comentarios de ginecólogos hacia mujeres: Origen, Contenido y Consecuencia.

Causa de la violencia	Testimonio de lo sucedido. Ginecología	La consecuencia
Internalización del rol de género.	"No tengas relaciones hasta que quieras hijos". "¿Te importa mucho tenerla irregular?".	Siento rechazo a asistir al ginecólogo. De esta visita hace poco más de dos años y no he vuelto. No considero que vaya a aportarme nada.
Internalización del rol de género.	Que dejara las bragas en el suelo y que las comprara de algodón que parecían de cabaretera ya que eran rojas.	Humillada.
Internalización del rol de género.	Tenía dificultades en las relaciones sexuales con mi pareja por traumas con	Humillada y desprotegida.

	anteriores relaciones sin consentimiento. Acudí al ginecólogo para ver si era algo físico o psicológico. Ante el miedo que sentía, la ginecóloga solo me chillaba que “abriese las piernas”, que “no era para tanto”. Yo lloraba desconsolada, tenía pánico. Al terminar, sus palabras textuales fueron: “Conozco a mujeres que con 40 años siguen solas por ser como tú. Si sigues así, tu pareja te dejará”. Tenía 18 años.	
Estereotipos.	La doctora me dijo que si mi novio la tenía pequeña? Que yo era muy estrecha.	Humillación.
Infantilización.	La última revisión fue muy desagradable con la ginecóloga y la enfermera. No me informaron ni me ayudaron a entender nada. Fue un trato degradante.	No he vuelto. Hace 5 años.
Infantilización.	El ginecólogo que me tocó no solo insistió en saber que tan estable era mi relación y me dijo que probase a no tener relaciones sexuales con mi pareja para saber si me quería. Sino que además cuando solicité información sobre preservativos sin látex, su única contestación fue que no sabía nada de preservativos y que era demasiado joven.	Con 17 años. Fue la primera y la última vez que fui a un ginecólogo, desde aquel momento mi primer pensamiento al oír hablar de ginecología/ginecólogo es rechazo.
Culpabilización infantilización.	e Pedí una revisión con el ginecólogo para que me hiciera la prueba del papiloma y no quiso realizarla porque hacía años que no había ido al ginecólogo y dijo que me haría una revisión normal y que en 5 años ya me haría la prueba, que a la próxima me lo piense y no espere tantos años en ir, y además muy borde.	

A continuación, se presentarán una serie de testimonios que ilustran la normalización y la invisibilización de la violencia gineco-obstétrica. Estos relatos son reveladores, ya que a pesar de haber experimentado situaciones de este tipo de violencia, muchas optan por minimizar sus experiencias, utilizando términos como "simplemente" o expresiones como "Al final todo salió bien dentro de todo lo malo" o directamente no lo reconocen. Estas respuestas resaltan la complejidad y la profundidad de las repercusiones psicológicas y sociales de la violencia gineco-obstétrica.

No tuve problemas de ningún tipo. Si es verdad que quizás alguna prueba no di mi consentimiento. No sé si realmente es lo que hay que hacer, en casos de embarazo, pero es el proceso a seguir y así se asume.

Por suerte no he sufrido este tipo de violencia, pero sí la incomodidad de no sentirte del todo escuchada, de que te quieran vender pastillas (entre otros) sin realmente considerar tu caso personal y tu salud física. Y las situaciones "incómodas" han venido de una ginecóloga mujer; mientras que tuve una vez un hombre como ginecólogo y me sentí más cómoda y segura.

A pesar de que no me pidieron mi consentimiento en ciertos actos, el trato fue muy bueno. No justifico sus actos pero compensó por otro lado.

En mi experiencia simplemente se subieron encima mía para empujar que saliera el niño, y sin beber ni comer en 10h.

Mi parto fue normal, quitando de que estuve 8 horas, solamente me sentí mal por la ginecóloga, porque me juzgó por el simple hecho de que yo tenía 18 años, me juzgó porque no sabía hacer bien las respiraciones y me hizo algún comentario feo.

Tuve 2 partos, el primero fue el más difícil de olvidar ya que al niño me los sacaron con forceps y nadie me dijo en ningún momento lo que estaba ocurriendo, a todo esto al niño cuando lo sacaron la que lo cogió le arañó la frente y a mi me desgarraron y me trataron como si de un animal se tratase. A la hora de coserme no se tuvo en cuenta el dolor que yo tenía ni se me informaba de si el niño estaba bien o no ya que no lo escuchaba llorar. Con el segundo parto me dejaron sola porque según ellas no tenía contracciones y a la que el acompañante avisó de que yo decía que notaba que estaba saliendo, vino la matrona súper tranquila y diciendo que ella no tenía constancia de ello. A todo esto la niña casi se muere porque la estaba aguantando y tenía las vías respiratorias obstruidas por heces. La tuvieron que aspirar y reanimar. Al final todo salió bien dentro de todo lo malo que podría haber pasado.

En las preguntas abiertas, aquella que preguntaba cuál se creía que era la causa de la violencia gineco-obstétrica reveló diferencias en las percepciones entre el personal sanitario y la población no sanitaria. Entre el personal sanitario, un 33,3% señaló la falta de formación como la causa principal, mientras que un 55,5% atribuyó la violencia al machismo y a un modelo médico paternalista y autoritario. Un 11,1% mencionó la sobremedicalización del parto eutócico. Por otro lado, entre la población no sanitaria, un 33,9% identificó al machismo como la causa principal, un 53,4% apuntó a la falta de empatía y de personal

formado, un 4,8% mencionó la desinformación y un 7,76% destacó el endiosamiento de los profesionales de la salud.

En base a la pregunta abierta presente en la encuesta sobre qué sentimientos provoca la existencia de la violencia gineco-obstétrica, todas las mujeres encuestadas respondieron expresando una variedad de emociones intensas y negativas, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 5. Respuestas a la pregunta ¿Qué sensación te provoca la violencia obstétrica?

Respuestas a la pregunta (n° 100), “¿Qué sensación te provoca la violencia obstétrica?” sobre los sentimientos que provoca la existencia de la violencia gineco-obstétrica en las mujeres	Desprotección	56,7%
	Rabia	57,3%
	Humillación	46,7%
	Miedo	35%
	Ansiedad	28%
	Tristeza	41,3%

De esta forma, a continuación se presentan una serie de testimonios donde se pueden observar varias de las diversas causas manifestadas en forma de sumisión de la mujer y de un modelo médico paternalista y autoritario, así como las emociones que evocan en las mujeres afectadas.

La inclusión de numerosos testimonios resulta fundamental para concienciar sobre la gravedad y la profundidad del problema de la violencia gineco-obstétrica. Al presentar una amplia variedad de experiencias personales, se pone de manifiesto la frecuencia y el impacto de estas prácticas abusivas, permitiendo una comprensión más completa y matizada del fenómeno. Estos testimonios no solo ilustran las múltiples formas en que se manifiesta esta violencia, sino que también humanizan las estadísticas, proporcionando una voz a las mujeres afectadas y subrayando la urgente necesidad de intervención y reforma en el sistema de atención ginecológica y obstétrica. Se observa, la profundidad del problema.

No he podido tener más hijos debido al trauma y dolor ocasionado.

Tengo que ir a terapia para superar la falta de confianza en el personal sanitario.

*Pienso que esto debería solucionarse. Recuerdo una frase que me dijeron: ¿entiendes lo que hemos tenido que hacer? Cuando yo estaba hecha polvo y sin parar de llorar. **Pienso en otro parto y tiemblo de miedo.***

*Mi primer parto fue caótico, no recuerdo cosas, tuve mucho dolor, **me sujetaron brazos y piernas, me apretaron el vientre** y utilizaron una ventosa para sacar a mi bebé. Cuando lo tuve en brazos olvidé todo. Pero cuando pasó el tiempo, sentí que me podían haber explicado el porqué de lo que hicieron. Entiendo que era urgente sacar a mi hijo lo más rápido posible y finalmente los dos estábamos bien. Mi segundo parto fue una maravilla, se me explicó cada paso que se daba y se me preguntaba que quería hacer. Por eso al comparar me siento un poco defraudada con el primero.*

*Tuve faltas de respeto por parte de la ginecóloga-obstetra (se creó un clima de malestar, miedo y amenaza, en lugar de intimidad y serenidad en un momento tan trascendental) Me sentí **como una niña pequeña, vulnerable, con la que podían hacer lo que quisieran, escudándose de que eso era lo mejor para el bebé,** además meses después de mi cesárea tuve que volver a quirófano por lo mal que me hicieron esa operación. Tuve secuelas físicas y psicológicas durante mucho tiempo y por supuesto empañó mi reciente maternidad. Gracias a otras personas del equipo médico, pude sentir algo de calor y humanidad y mi bebé nació sano, que es lo más importante.*

*En mi parto, me echaron la culpa por acudir sin llamar previamente ,a la tercera noche a la clínica. Después de llamar a tres matronas distintas, y decirme que me quedara en casa, y después por no haber ido antes. Tres noches de prodromos. Las aguas salieron marrones. Después de tanta espera, en el paritorio, no me hacia efecto la epidural, me preguntaron como 4 veces que si me había engordado muchísimo, que era muy raro que me sintiese así (me engorde solo 3'5 kg,pesaba 78kg al final) En el paritorio me ataron las piernas " no se me fueran a escapar) estuve totalmente tumbada,horizontal. Se me subía la niña, usaron espátulas, kristeller q **me hundieron dos costillas,** y episiotomía. Se me escurría el.pis por las piernas los días posteriores completamente. Al mes, me salió un gran hematoma en el suelo pélvico q me impedía andar, me tenía que sentar. Tuve que pagarme una rehabilitación con una fisio para poder empezar a vivir. La niña aspiró meconio, 4 días de horror soledad ,vacío,incertidumbre y absoluta tristeza por culpa.de.no.haberme atendido antes seguramente. No hubo vínculo inicial. No hubo piel con piel no hubo nada. Y por protocolo solo podías verla 30 minutos por la mañana y 30 por la tarde. Penoso. Me dieron un extractor de leche al segundo día, la sacaban ellas a darle el biberón ,sin previo aviso en vez de llamarnos a nosotros. Lo supimos de casualidad al bajar un día mi leche en un biberon.Desinformación absoluta de cada pediatra, vimos como a 6, cada uno nos.decía*

una cosa. Mientras empujaba yo, se contaban las vacaciones en Barcelona y la carrera universitaria que había elegido la niña. Esto sucedió en 2018 en la Clínica Quirón de Zaragoza. **Sólo hace 5 años.** A día de hoy aún sigo con incontinencia debida al parto. Los 5 meses posteriores, estuve con ansiedad y casi al borde de la depresión por el shock del parto.

Mi hija casi muere con dos vueltas de cordón y las matronas de risas fuera, tuvieron que usar forceps y me descarraron el cuello del útero, y después me cosieron mal, casi me desangro, después de eso tuve que mear por sonda 3 días sin médicos que me limpiaran.

62 horas de parto que acabaron en cesárea de urgencia. Rompí la bolsa pero no me puse de parto. A las 12 horas empezaron a inducirlo y ahí empezaron los dolores horribles, contracciones largas y dolorosas pero no dilataba. Me tuvieron 24 horas más así, yo suplicaba la cesárea porque me moría de dolores y ellos solo me hablaban de protocolo. Cuando por fin me metieron en el paritorio y me pusieron la epidural habían pasado 38 horas. Me pusieron mal el catéter de la epidural y solo se durmió la parte izquierda del cuerpo, por lo que yo sentía TODO. Con la epidural me desmayé, convulsioné, vomité... Estaba realmente agotada y en una de las revisiones me dice la ginecóloga que ahora llama a la matrona porque he dilatado y puedo empezar a empujar. Después de 2 horas empujando mi hija no sale porque NO había dilatado!!! Estaba de 6cm solamente!! Después de otras 24 horas en el paritorio en las que no se aliviaron los dolores y con un cólico al riñón que me estaba matando, pido mi cuarta epidural (sí, la cuarta) y me dicen que he pasado 24 horas con oxitocina, que no he dilatado, que no me pueden poner más epidural y que mi hija tiene sufrimiento fetal por lo que hay que hacer cesárea, en la cual, estuve sola sin mi marido. **No puedo creer aún lo que me hicieron.**

En mi primer parto, rompí bolsa y no se desencadenó el parto acabó en cesárea por bajada de las constantes del bebé. Creo que practicaron una kristeller pero no lo puedo conformar. Durante el segundo embarazo acudo a urgencias por contracciones prematuras en dos ocasiones. En la primera me realizaron un tacto sin avisar. En la segunda a ese mismo ginecólogo de guardia le dije que prefería una eco transvaginal que tenía justo ahí y me dijo que era un momento y me hizo un tacto. Me sentí muy mal, vulnerable y sola. Puse una reclamación. En el segundo parto programamos una cesárea porque soy estrecha y me daba miedo el dolor. Durante el proceso, programado, la enfermera se quejó de mis venas al no poder colocarme la vía a la primera, mi culpa por supuesto. En el momento de la epidural a mi pareja le hicieron salir y tuve que pedir si podía abrazar a alguien mientras me pinchaban la aguja. Durante el proceso estaban de broma contándose sus cosas. Respetaron esperar a cortar el cordón. A pesar de ser programada me sentí ganada, muy

frío e impersonal. Al fin y al cabo estaba naciendo mi niña, me parece que es básico un poco de respeto.

Me dijeron que la epidural no habían podido ponerme porque estaba gorda y que iban a volver a intentarlo. He recibido siempre comentarios acerca de mi cuerpo sobre los personales sanitarios y en el parto acabó siendo cesárea porque yo estaba dilatada pero el estaba encasquetado en mi pelvis porque tengo el hueso estrecho y me lo dijeron después de 13 h de parto y todo fue rapidísimo porque mi hijo se moría.

Después de hacerme cesárea una obstetra me dijo que si me hubieran dejado 1 semana más hubiera tenido parto natural y no me lo hubiera inducido.

Maniobra de Hamilton sin consentimiento, hacerme creer que la bolsa estaba fisurada cuando fue por la maniobra. Prisa en paritorio, frases como que vas a ser la más valiente de esta noche por no querer la epidural, abandono con la epidural puesta, **maniobra kristeller por 3 personas diferentes**, negación pinzamiento tardío del cordón, separación con bebé por qué sí.

En mi caso fue episiotomía innecesaria y maniobra de kristeller, ambas sin explicar y sin motivo ninguno (fueron 10 minutos de expulsivo y con una bebé perfectamente sana y sin ningún riesgo). Estuve varios días sintiéndome culpable por no haber sido capaz de decir que pararan cuando habían comenzado y cuando el médico me dijo que "había que cortar", sin ninguna pregunta ni explicación.

En mi caso fue en el primer parto, tengo dos hijos, se me desatendió durante las contracciones puesto que según el personal era primeriza y tardaría en parir, mi parto iba muy rápido y en pocas horas estaba totalmente dilatada pero la ginecóloga que estaba en su casa durmiendo sin siquiera haberme examinado dedujo que podía estar de parto más tiempo, no se me puso epidural pese a que la había pedido y no se me monitorizó por lo que no supe si mi hija sufría y de hecho traía dos vueltas de cordón, cuando la ginecóloga decidió aparecer yo llevaba más de una hora sufriendo de más, yo quería ponerme en cuclillas pero no me dejaban, ni siquiera me dejaban andar por si adelantaba más aún el parto, aunque yo no hice caso, cuando llegó el momento de expulsar a la niña, me dieron calmantes que no me informaron y me dormí perdiéndome el nacimiento de mi hija, fue un parto muy doloroso y duro pero cuando tuve a mi hija en los brazos ya nada más importaba, aunque recuerdo que fue muy doloroso y violento para mí sentirme tan desatendida, además para colmo el anestesiista de guardia estaba fuera de la ciudad, de chiste.

La primera comadrona privada que llame y me vio con la ruptura de tapón mucoso me mandó a casa con buscapina pese a los dolores, 12 horas después tenía pérdidas verdes como de pis, no había roto aguas, pero mi hijo se había hecho el meconio en la bolsa, llame y me dijeron que si ingresaba era bajo mi responsabilidad que estaba verde, aguanté y cuando las contracciones eran cada 10 minutos, fui al hospital e ingrese. Era agosto y fin de semana. Pasé la peor noche de mi vida, la comadrona 2nd llamó con el cambio de turno, diciendo como estaba que le habían dicho que verde. Dije que no podía más. Tardó al menos dos horas, me llevó al preparatorio, me gritó cuando me rompió la bolsa con esa aguja de punto y me dolió, me monitorizó y ya no pudo ponerme la oxitocina porque el bebé sufría con la doble vuelta de cordón y el meconio 20 minutos después cesárea. Y mi hijo con una torsión testicular.

Quiero destacar la falta de información en todos los casos. En mi parto estaba tan nerviosa y luego tan en shock que no podía pensar en preguntar nada y por supuesto nadie me explicaba nada, ni me pedía consentimiento de nada. Era una espectadora incrédula, ni planeta parto ni pico de oxitocina ni nada de eso. A la hora de los pujos entró mucha gente, nadie me dijo nada ni qué hacían allí.

Me indujeron el parto con proress aún pidiendo por favor que fuese con oxitocina, era mi cuarto parto y los anteriores habían sido así, a consecuencia de ello fui abandonada 12 horas negándome pasar a dilatación si no me ponía la epidural, agotada y anulada accedí, mientras estaba en expulsión me estaban poniendo la epidural, un dolor inhumano al no dejarme moverme y a consecuencia de ello mi hija nació sin vida, gracias a dios que a los 10 min lograron que respondiese. No sin añadir los insultos y vejaciones sufridos. Es una descripción a muy grandes rasgos.

He tenido 2 partos, uno vaginal y otro cesárea y las 2 experiencias fueron horribles. Desde entonces cada vez que tengo que ir al ginecólogo sufro ansiedad, no duermo, me angustia simplemente pensarlo. He tenido que acudir al psicólogo.

En el parto le dijeron a mi marido que abandonase la sala. El niño venía mal y en lugar de hacer cesárea fue parto natural. El niño nació sin poder respirar, lo reanimaron enfrente mío y a mi no me dijeron nada... cuando lo estabilizaron se lo llevaron a la UCI. Menos mal que todo salió bien. Fue una experiencia muy traumática. Pocas veces hablo de este tema. Anterior a esto, sufrí un aborto. Me suministraron un medicamento y mandaron a casa para que vuelva a las 3 horas. Cuando regresé no le dieron tiempo a ponerme anestesia ya que al ir al baño sin querer eliminé el feto. Me quitaron los restos sin anestesia y yo tenía un dolor increíble. Dos malas experiencias en poco tiempo.

La violencia que sufrí en el parto me causó síntomas de estrés postraumático y problemas en mi vida sexual y relación de pareja que más de 2 años después siguen afectándome.

En uno de mis partos se hizo la hora de comer, estábamos la matrona, la enfermera y yo. La enfermera insistía a la matrona en irse las 2 a comer porque iba a tardar en dar a luz. Si me descuido se van las 2 y me dejan sola. Menos mal que la matrona tenía más cabeza y se quedó conmigo porque la niña nació poco antes de que la enfermera volviera. Esa misma enfermera cuando estaba con los dolores más fuertes, no se le ocurrió otra cosa que intentar consolarme agarrándome e impidiéndome el movimiento. No creo que lo hiciera por mal, pero estuvo bastante desafortunada, y se lo hice saber.

Me robaron el que tenía que ser el día más feliz y bonito de mi vida! Ahora ni quiero pensar en el momento del parto!

Mi experiencia fue larga, dolorosa, con mucha ansiedad y miedo pero al final después de muchas horas llegó mi recompensa y por ella todo valió la pena.

Desde que di a luz y me engañaron en muchísimas ocasiones no quiero volver a tener un hijo. Solo tenía 18 años cuando tuve a mi bebé y ahora tengo 20, han pasado 2 años y me sigo recordando que se aprovechaban de que era primeriza y textualmente las palabras de las comadronas y ginecólogas siempre eran “dios mío pero si eres un bebé teniendo a otro bebé”. Me infantilizaban siempre.

El día de mi parto no más llegue me hicieron las cosas normales luego me metieron al cuarto y luego pedí ir al baño y fui y me salió un líquido raro y les dije pero no me hicieron caso luego me dejaron sola en el cuarto sólo llegaban a chekar cuánto tenía y se iban luego me pusieron líquido para dilatar y allí empezó mi martirio sólo llegaban a ponerme las cosas y se iban cuando ya no aguantaba más le pedí a la enfermera una cesarí ya habían pasado 1 día para esto ella me dijo que para que la quería que eso era muy doloroso y que no la necesitaba y me tuvieron pujando cuando ya llegó la hora del doctor sólo hizo un intento y se fijo que yo ya estaba hinchada mis labios vaginales estaban hichados como por dentro igual y no entiendo porque la enfermera no nos dijo nada aún viendo me metieron a cesarí de emergencia luego cuando ya estaba acostada sentía que me estaba ahogando intenté decirle a una enfermera y lo que hizo fue amarrarme los brazos para que no me estuviera moviendo luego el doctor me pasó la herramienta de la cesarí y sentí la cortada y me tuvieron que dormir solo me pusieron la máscara y al final del líquido que comente al principio era que mi bebé se había hecho del baño si me hubieran hecho pujar normal como la enfermera quería me hubieran causado una empresaria y hubiera muerto y con lo demás

estuvimos en sala de riesgo porque nadie habido que mi bebé se había hecho del baño y estuvimos 9 días en el hospital con medicamento que me ponían que no sabía que eran más aparte unas enfermeras me hicieron mala cara porque yo ya no aguantaba el dolor y en mi parto hubieron muchos médicos practicantes.

*En mi parto no se siguió el plan de parto, se pasaron por alto llevar a banco el cordón umbilical y no se me consintió piel con piel, habían muchos partos y no había habitación para mí ni tiempo. A ello sumar que a los 3 meses postparto tras una fuerte metrorragia me hicieron legrado **habían dejado gran parte de placenta en mi útero**. La matrona en prácticas durante mi parto, hacía gestos de desagrado cuando le indicaba mis dudas. Nulo apoyo en la lactancia en el hospital y me trataron horrible al pedir biberón para mí hija.*

Me hicieron una maniobra de Hamilton sin informarme, me dijeron que iban a hacerme un tacto y que alomejor me dolería un poco. Me engañaron completamente.

5. CONCLUSIONES.

Tras la elaboración y la puesta en práctica de un estudio cualitativo y cuantitativo acerca de la incidencia real y percibida que suponen muchas situaciones gineco-obstétricas normalizadas, se presenta a continuación la aportación en base a los resultados obtenidos. Para ello, nos vamos a fundamentar principalmente en los objetivos a alcanzar así como las hipótesis esperadas. Cabe destacar que el foco de interés principal de nuestra investigación ha sido conocer más allá del parto, concretamente la incidencia y las consecuencias de la violencia obstétrica sobre la población. De esta forma, durante el transcurso del estudio, el fin principal era poner de manifiesto si existía una incidencia real mayor de la percibida.

La violencia gineco-obstétrica se enmarca dentro de un contexto más amplio de violencia de género, definida por el Convenio de Estambul y la CEDAW como cualquier acto de violencia basado en el género y la discriminación contra la mujer en cualquier ámbito. Esta definición proporciona un marco comprehensivo para entender la violencia de género y sus ramificaciones.

En este contexto, se reconoce que el sexismo arraigado en la sociedad y las instituciones contribuye a amplificar la brecha de poder entre profesionales de la salud y mujeres, especialmente en el ámbito de la atención obstétrica. El androcentrismo, que coloca al hombre como centro de la sociedad, también juega un papel en la perpetuación de desigualdades y prácticas discriminatorias, como la violencia obstétrica.

Desde la perspectiva de la psicología social, se entiende que los prejuicios y razonamientos rápidos pueden influir en nuestras percepciones y decisiones, perpetuando

estereotipos y desigualdades sociales. Estos prejuicios se transmiten a través de la socialización, los medios de comunicación y las tradiciones culturales, y pueden manifestarse en formas sutiles y cotidianas de machismo.

La persistencia de prácticas obstétricas que priorizan la comodidad del médico, como la posición de litotomía y la administración de enemas, se remonta a una época en que los médicos hombres comenzaron a dominar los procesos médicos, relegando a las comadronas y adaptando el proceso del parto a su conveniencia más que a la necesidad natural y el bienestar de la mujer. Así, se reconoce que el androcentrismo, que coloca al hombre como centro de la sociedad, ha jugado un papel en el origen de prácticas protocolarias discriminatorias y de desigualdades, como la violencia obstétrica.

El sexismo arraigado en la sociedad y las instituciones contribuye a amplificar la brecha de poder entre profesionales de la salud y mujeres, especialmente en el ámbito de la atención gineco-obstétrica. La internalización de roles de género, influenciada por dinámicas de micromachismos que perpetúan estructuras de poder y control sobre las mujeres, donde el propio vocabulario en las interacciones sociales refuerzan y mantienen roles y expectativas de género.

Para comprender la violencia obstétrica, se recurre a teorías como la del patriarcado, que examina las estructuras sociales que perpetúan la dominación masculina y la subordinación de las mujeres o la teoría de la medicalización del parto, que critica la excesiva intervención médica en el parto y aboga por una atención más respetuosa y centrada en la autonomía de las mujeres. Estas teorías, junto a las criminológicas como la del control social, proporcionan un marco para comprender cómo las relaciones de poder asimétricas y la medicalización de la vida pueden contribuir a la violencia obstétrica y la subordinación de las mujeres en la atención médica.

La violencia obstétrica se manifiesta en tres modalidades distintas: física, psicológica e institucional o cultural.

A nivel legal, la violencia obstétrica ha sido reconocida como una forma de violencia de género en Cataluña, aunque a nivel nacional no cuenta con un reconocimiento. A pesar de las disposiciones legales que garantizan los derechos fundamentales de las mujeres, la violencia obstétrica persiste debido a la falta de reconocimiento y denuncia. Es fundamental que se continúen implementando medidas efectivas para abordar este problema y garantizar los derechos de las mujeres durante la atención gineco-obstétrica.

La violencia obstétrica en España carece de consenso en su definición y no está legalmente reconocida. La propuesta para su reconocimiento ha generado un intenso debate en la comunidad sanitaria.

Mientras algunos profesionales, como el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), temen que pueda afectar negativamente su práctica médica, rechazan el término y advierten sobre sus posibles implicaciones legales y en la calidad de la atención médica. Otros, como la FAME y la Asociación Gallega de Matronas, la consideran una realidad innegable que requiere acción inmediata.

Por otro lado, en contra de las acciones de la SEGO, surge "la revolución de las rosas", una iniciativa nacional impulsada por la plataforma "Sres. y Sras. de la S.E.G.O no somos un chiste". Esta plataforma buscaba provocar una reflexión sobre unas viñetas publicadas en la gaceta electrónica de la sociedad médica que se burlaban de las situaciones o patologías que vivían las mujeres en revisiones ginecológicas y obstétricas.

La preocupación por la propuesta legal también ha llevado a dimisiones entre profesionales de la obstetricia que se encontraban en el ministerio de sanidad, quienes argumentan que etiquetar a los médicos como perpetradores conscientes de daños a las mujeres es políticamente motivado y legalmente peligroso.

En resumen, el debate sobre la violencia obstétrica en España refleja la complejidad y la sensibilidad del tema, y destaca la necesidad de un diálogo más profundo y de soluciones que reconcilien preocupaciones éticas y prácticas en el cuidado de la salud.

A continuación, se procederá a analizar si se han cumplido las hipótesis de este trabajo. La revisión proporcionará una comprensión más clara sobre la prevalencia y el reconocimiento de la violencia gineco-obstétrica.

- Se cumple la 1ª hipótesis: los partos en España están siendo patologizados, excesivamente medicalizados, y las parturientas reciben un trato paternalista por parte del personal sanitario. El hecho de que un 37,7% de las mujeres hayan tenido un parto por cesárea en contraste con el 15% recomendado por la OMS pone de manifiesto la excesiva medicalización y patologización del parto. De la misma forma, el hecho de que a un 77,46% de las mujeres que realizaron el plan de parto luego no se les solicitó para ver lo que habían rellenado, o que a un 83,2% de las mujeres que tuvieron un parto natural no pudieran elegir la posición para dar a luz, evidencia el trato paternalista.

- Se cumple la 2ª hipótesis: la violencia gineco-obstétrica presenta una alta incidencia y un bajo reconocimiento. Las cifras muestran que la incidencia real de violencia gineco-obstétrica es significativamente más alta que la percibida. Mientras que solo un 34% de las mujeres reconocieron haber experimentado violencia obstétrica, en base a las preguntas diseñadas para medir la incidencia real un 65,44% la ha sufrido. De la misma forma, se muestra que en relación a prácticas de violencia ginecológica un 53% de las mujeres la ha sufrido. Esto sugiere que muchas mujeres pueden no estar conscientes de que están siendo víctimas.

Desde la perspectiva criminológica que aporta este trabajo, se diría que la violencia gineco-obstétrica presenta una alta cifra negra la cual representa aquello que no se reportan o registran oficialmente. Esta omisión puede ser el resultado de diversos factores, como la desconfianza hacia el sistema, la percepción de que lo sucedido no es lo bastante grave o la falta de conocimiento sobre cómo denunciar. Una cifra negra alta acarrea diversas implicaciones: subestima la verdadera tasa ya que las estadísticas oficiales no reflejan la incidencia total; lo cual conlleva a una falta de comprensión sobre la magnitud del problema y una asignación inadecuada de recursos; distorsiona las políticas públicas; afecta la percepción de la seguridad en la población, generando una sensación generalizada de inseguridad; y puede minar la confianza en las instituciones. Por lo tanto, es crucial para los criminólogos y los responsables de políticas públicas abordar este problema para obtener una visión más precisa de la incidencia real y de sus implicaciones en la sociedad.

Es por todo ello que la perspectiva criminológica es tan importante en la violencia gineco-obstétrica, porque sabe qué factores son necesarios medir, así como para evaluar todas las ramas que tanto a nivel social como legal están afectando y así poder proponer medidas tanto de prevención como de protección y represión.

- Se cumple la 3ª hipótesis: la estructura y mentalidad que ha dejado el patriarcado es la base tanto de la violencia gineco-obstétrica como de la falta de visibilización de esta. Se puede evidenciar en la jerga profesional como “el punto del marido” o los “fórceps docentes”; también en comentarios por parte del personal sanitario como “abre las piernas, no es para tanto”. Además, se evidencia en los datos de la encuesta cuando el 55,5% de los sanitarios reconocen como el origen de este tipo de violencia el machismo y el modelo médico paternalista y autoritario.
- Se cumple la 4ª hipótesis: se ejerce de manera casi sistemática ya que se encuentra en los protocolos médicos. Se observa en el hecho de que a diferencia del resto de prácticas médicas donde claramente es el paciente el que debe dar el

consentimiento es en la salud reproductiva de las mujeres donde se especifica que “las decisiones se adoptarán de forma conjunta entre el médico y la paciente”.

- Se cumple la 5ª hipótesis: la normalización de la violencia gineco-obstétrica ha derivado en una indefensión aprendida. Queda evidenciado cuando del 37% de las mujeres que reconocen haber sufrido violencia obstétrica, el 100% no denunció. Cuando se les pregunta el porqué, el 50% dice que solo quería olvidarlo y seguir adelante, y el 29,5% no sabía dónde acudir. El hecho de que la violencia obstétrica no esté reconocida legalmente hace que el proceso de denuncia sea más desconocido, largo y con menos recompensa. Esto lleva a cuestionarse para qué luchar tanto si luego ni siquiera van a reconocerles como víctimas.
- Se cumple la 6ª hipótesis: la violencia obstétrica constituye un tipo de violencia de género ya que presenta todas las características de esta última. El convenio de Estambul refiere a 4 características específicas para definir la violencia de género que serían: la dimensión de género, se dirige específicamente contra las mujeres, vemos que en la violencia gineco-obstétrica se cumple; el patrón de control y dominación, no se limita a incidentes aislados, sino que implica un patrón de comportamiento destinado a ejercer control y dominación, se ha podido observar a través de los resultados que también se cumple dicho criterio; un impacto diferencial en las mujeres, tiene una repercusión desproporcionada en las mujeres, tanto a nivel individual como a nivel social, se ha podido observar en el apartado de secuelas en los resultados que también se cumple este criterio; y una violación a los derechos humanos, la violencia gineco-obstétrica no solo lo cumple sino que también viola varios ODS.

5.1 La amplitud y limitaciones de la investigación.

La amplitud de la investigación ha alcanzado una muestra de 410 personas. Respecto a las limitaciones de la investigación residen fundamentalmente en la metodología de difusión puesto que presenta un muestreo no probabilístico así como en la normalización de las prácticas sobre las que se quiere analizar. Se trata de prácticas que pueden ser percibidas como rutinarias o necesarias dentro del contexto médico, lo que dificulta su identificación como formas de violencia. Cuando ciertas intervenciones médicas o comportamientos por parte del personal sanitario se consideran habituales o estándar, las mujeres embarazadas o parturientas pueden no cuestionarlas o reconocerlas como abusivas, incluso si violan sus derechos y autonomía. Por lo tanto, es crucial tener en cuenta y abordar la normalización de estas prácticas al diseñar y llevar a cabo estudios sobre violencia obstétrica y de género para obtener una comprensión más precisa y completa del fenómeno.

5.2 Futuras líneas de intervención.

Es fundamental intervenir para frenar la violencia gineco-obstétrica, ya que no hay ninguna garantía de que se tendrá un parto respetado si éste depende totalmente del personal médico que toque en ese momento. Este azar es un condicionante de gran peso dentro de la violencia obstétrica, generando una gran incertidumbre y vulnerabilidad en las mujeres. La lucha para erradicar esta forma de violencia tiene tres frentes principales abiertos: prevención, formación y penalización.

Además, abordar esta problemática contribuye a la reducción de las desigualdades de género en el ámbito de la salud y promueve una sociedad más justa y equitativa.

Metas a alcanzar:

- Sensibilizar y formar a la ciudadanía sobre la violencia gineco-obstétrica, sus manifestaciones y cómo reconocerla.
- Capacitar a los profesionales de la salud en la identificación, prevención y actuación ante casos de violencia gineco-obstétrica, así como en la promoción de prácticas basadas en el respeto y la dignidad.
- Revisar y modificar los protocolos hospitalarios para garantizar el respeto a los derechos de las mujeres, así como deslegitimar este tipo de violencia a nivel legal.

Para poder lograr dichas metas, se hace necesario, desarrollar programas de formación y sensibilización dirigidos a la ciudadanía y a los profesionales de la salud, utilizando diversos medios de difusión y recursos educativos.

Establecer espacios de reflexión y debate en los centros de salud y hospitales para abordar la violencia gineco-obstétrica y promover cambios en las prácticas médicas.

Realizar auditorías periódicas de los protocolos hospitalarios y de las prácticas médicas, con la participación activa de mujeres y profesionales de la salud, para identificar y corregir posibles situaciones de violencia obstétrica.

Actualmente, la violencia obstétrica es invisible y está normalizada. Exigir leyes, tanto para personas jurídicas como físicas, que penalicen estas conductas no sólo ayuda a visibilizarlas, sino también a deslegitimarlas.

Estas posibles futuras vías de intervención se enmarcan en la lucha contra la violencia de género y buscan generar conciencia sobre las bases culturales y estructurales que

perpetúan esta problemática, con el objetivo último de erradicarla desde sus raíces y construir una sociedad más justa e igualitaria.

5.3 Respuesta al objetivo general.

Solo queda, pues, responder a una pregunta ¿Por qué existen tantas reticencias a la hora de reconocer la violencia gineco-obstétrica en el ámbito español?

Como se ha podido observar a lo largo del trabajo, la reticencia a reconocer la violencia gineco-obstétrica en el ámbito español surge de una intersección compleja de diversos factores arraigados en las estructuras sociales.

La resistencia encuentra su base en una sociedad que todavía lucha por despojarse de las estructuras patriarcales que han moldeado las relaciones de poder durante siglos. El patriarcado se encuentra tejido en los mismos protocolos médicos que deberían ser guías de atención y cuidado, pero que, paradójicamente, reflejan prácticas patriarcales y autoritarias. Estos protocolos no solo perpetúan una visión androcéntrica del cuidado de la salud, sino que también subyugan a las mujeres bajo la autoridad médica, negándoles su autonomía y voz en decisiones cruciales sobre sus cuerpos y sus vidas.

Sin embargo, el patriarcado no se limita a los confines de las instituciones médicas; se extiende a la mentalidad de la sociedad en su conjunto. Muchos profesionales sanitarios ejercen esta violencia de género a través de un trato despectivo, ignorando o minimizando las preocupaciones y necesidades de las mujeres. Esta mentalidad arraigada refleja una cultura donde la misoginia y el sexismo están tan profundamente enraizados que incluso quienes juran cuidar y proteger la salud de las personas pueden verse atrapados en su telaraña de desigualdad. Más allá de los pasillos de los hospitales, toda la sociedad está envuelta en la perpetuación de estos roles de género rígidos.

De esta forma, la resistencia proviene del miedo a enfrentar la realidad incómoda que revela la existencia de violencia en un entorno considerado tradicionalmente sagrado: el ámbito médico. La medicina, vista como un bastión de cuidado y compasión, se enfrenta a un espejo que refleja una imagen distorsionada de prácticas dañinas y actitudes despectivas hacia las mujeres durante momentos críticos de sus vidas.

Una negación que también se alimenta de una cultura de protección profesional, donde la comodidad y la integridad de los médicos se colocan por encima del bienestar y los derechos de las mujeres. La idea de que reconocer la violencia obstétrica podría desencadenar repercusiones legales o dañar la relación médico-paciente actúa como un muro infranqueable que impide la búsqueda de justicia.

Es esencial reconocer que estas prácticas patriarcales no solo son injustas, sino que también son profundamente dañinas y que negar la violencia gineco-obstétrica no solo perpetúa el sufrimiento de las mujeres, sino que también socava la integridad misma del sistema de atención médica. Solo enfrentando esta realidad incómoda y desafiando activamente estas estructuras de poder desequilibradas, se puede esperar fomentar una cultura de respeto, igualdad y consentimiento informado construyendo un futuro donde todas las mujeres sean tratadas con dignidad, respeto y compasión durante uno de los momentos más vulnerables de sus vidas.

A plena vista e invisible, una cultura negacionista que perpetúa el sufrimiento de las mujeres. Es hora de romper este ciclo de terror y violencia. Es hora de exigir un sistema de atención médica que respete y proteja los derechos fundamentales de las mujeres. Es hora de que todas las mujeres puedan recibir una atención gineco-obstétrica en un entorno seguro y compasivo, donde el miedo y la sumisión sean cosas del pasado.

6. Referencias bibliográficas.

- Abreu, C. (2019). Análisis estructuralista de la teoría del etiquetamiento. *Diánoia*, 64(82), 31-59. <https://www.scielo.org.mx/pdf/dianoia/v64n82/0185-2450-dianoia-64-82-31.pdf>
- Abreu, J. L. (2014). El método de la investigación Research Method. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 10.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (2010). Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS. Ministerio de Sanidad, 1. <https://www.sanidad.gob.es/fr/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracticaClinicaParto.pdf>
- Aguilar, A. R. (2021, 23 julio). Matronas y expertas responden a los colegios de médicos: «La violencia obstétrica sí existe». *elDiario.es*. https://www.eldiario.es/nidos/matronas-expertas-responden-colegios-medicos-violencia-obstetrica-si-existe_1_8160044.html
- Aguilar, A. R. (2022, 18 julio). La mujer detrás de la segunda condena a España por violencia obstétrica: «No recuerdo los tres meses tras el parto». *elDiario.es*. https://www.eldiario.es/sociedad/mujer-detras-segunda-condena-espana-violencia-obstetrica-no-recuerdo-tres-meses-parto_1_9174030.html
- Almonte García. (2016). VIOLENCIA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA. LA MEDICALIZACIÓN DEL CUERPO FEMENINO. *Décsir*, 2. <http://decsir.com.mx/wp-content/uploads/2016/03/1-indagaciones.pdf>
- Arellano, F. (2023, 8 agosto). Problemas Sociales (qué son, definición y ejemplos actuales). *Enciclopedia Significados*. <https://www.significados.com/que-son-los-problemas-sociales/>
- Asociación Mujeres para la Salud. (2022). ¿Cómo percibimos las mujeres los servicios de ginecología? *Mujeres Para la Salud*. <https://www.mujeresparalasalud.org/como-percibimos-las-mujeres-los-servicios-de-ginecologia/>

- Ayala, M. (2020, 3 septiembre). Problemas sociales: características, causas, ejemplos. Liferder. <https://www.liferder.com/ejemplos-de-problemas-sociales/>
- Blázquez, L. (2022, 1 octubre). Violencia obstétrica: "Me atendían como un número que querían sacarse de encima" RTVE.es. <https://www.rtve.es/noticias/20221001/objetivo-igualdad-violencia-obstetrica/2403882.shtml>
- Bonino, L. (2004). Los micromachismos. Revista la Cibeles No2 del Ayuntamiento de Madrid. <https://www.mpd.org/sites/default/files/micromachismos.pdf>
- Brigidi, S. & Observatorio de Violencia Obstétrica. (2021, 14 octubre). Los orígenes del Observatorio de la Violencia Obstétrica en el Estado Español. observatorioviolenciaobstetrica.es. <https://observatorioviolenciaobstetrica.es/los-origenes-del-observatorio-de-la-violencia-obstetrica-en-el-estado-espanol/>
- Canarias Ahora, E. / C. (2023, 12 mayo). Una sentencia pionera dictada en Canarias falla que la elección entre parto o cesárea es de la madre y no del médico. elDiario.es. https://www.eldiario.es/canariasahora/tribunales/sentencia-pionera-palmas-gran-canaria-eleccion-parto-cesarea-madre-medico_1_10195560.html
- CEDAW. (1992). RECOMENDACIONES GENERALES ADOPTADAS POR EL COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER. Recomendación No19. Ministerio de Igualdad. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/marcoInternacional/ambitoInternacional/ONU/Organos_Instituciones/Org_Tratados/CEDAW/docs/CEDAW_Recomendacion_19.pdf
- Cilleruelo, A. G. (2024, 21 marzo). El parto de la enfermera Marta que acabó en pesadilla: "En el quirófano me destrozaron". El Español. https://www.elespanol.com/mujer/20240321/parto-enfermera-marta-acabo-pesadilla-quirofano-destrozaron/841416214_0.html

Consejo de Europa. (2011). Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica. Council Of Europe Treaty Series, 20. <https://rm.coe.int/1680462543>

Constitución Española. (1978) Artículo 57. Boletín Oficial del Estado.

CRÍMINA. Centro para el Estudio y Prevención de la Delincuencia, & Cubillas, I. (2015). Interaccionismo simbólico. crimipedia.umh. <https://crimipedia.umh.es/topics/interaccionismo-simbolico/>

Da Silva Carvalho, I., & Santana-Brito, R. (2017). Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. Enfermería Global, 16(3), 71. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>

De Beauvoir, S. (2016). El segundo sexo. http://ifdc6m.juj.infed.edu.ar/aula/archivos/repositorio/0/114/Beauvoir_Simone_de_El_segundo_sexo.pdf (Obra original publicada 1949)

Díaz, J. I. (2020, junio). SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES CON EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN EL HOSPITAL DE LA PALMA. rill.ull. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/19885/Satisfaccion%20de%20las%20mujeres%20con%20el%20cumplimiento%20del%20plan%20de%20parto%20en%20el%20hospital%20de%20La%20Palma..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Elío-Calvo, D. (2021). LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. Revista Médica la Paz. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582021000200092&script=sci_arttext

El parto es nuestro. (2011, 11 diciembre). Tumbada NO. El Parto Es Nuestro. <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/12/11/tumbada-no>

El Parto Es Nuestro. (2011, 28 septiembre). La revolución de las rosas. Elpartoesnuestro.es. <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/09/28/la-revolucion-de-las-rosas>

El parto es nuestro. (2021, 8 marzo). Campaña: Haloperidol en el parto nunca más | El Parto es Nuestro.

https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/dossier_campana_haloperidol.pdf

El parto es nuestro. (s. f.-b). Guía sobre reclamaciones y demandas. Elpartoesnuestro.es.

<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/conoce-tus-derechos-area-legal/conoce-tus-derechos/guia-sobre-reclamaciones-y-demandas>

El parto es nuestro. (s. f.-c). 2. Una “cultura” propia. Elpartoesnuestro.es.

<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/conoce-tus-derechos-area-legal/que-es-la-violencia-obstetrica-algunos-aspectos-1>

El parto es nuestro. (s. f.-d). Hojas de Consentimiento Informado y Planes de Parto. Elpartoesnuestro.es.

<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/conoce-tus-derechos-area-legal/conoce-tus-derechos/hojas-de-consentimiento-informado-y>

El Parto es Nuestro. (s. f.-e). Dilatación y tactos vaginales | El Parto es Nuestro. Elpartoesnuestro.

<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/intervenciones-medicas/dilatacion-y-tactos-vaginales>

Engels, F. (2017). El origen de la familia: la propiedad privada y el Estado (Marxists Internet Archive).

https://www.marxists.org/espanol/m-e/1880s/origen/el_origen_de_la_familia.pdf

(Obra original publicada 1884)

Esquivel, D. (2015). El poder en las relaciones de género desde la perspectiva de las mujeres. Rev. Enfermería Actual de Costa Rica, 27. DOI:

<http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i27.16267>

Essencial. (2023, septiembre). Posición de litotomía en la segunda etapa del parto. Agència de Qualitat y Avaluació Sanitàries de Catalunya.

https://essencialsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/essencial/fitxes_cercador/2023/essencial-posicion-litotomia-parto-aquas2023es.pdf

- Esteban, E. (2022, 25 mayo). Violencia obstétrica: La camisa de fuerza química del haloperidol. Criar Con Sentido Común (CSC).
<https://www.criarconsentidocomun.com/haloperidol-violencia-obstetrica/>
- Fernández, J. (2023, 24 octubre). Violencia obstétrica. “Hay que reconocer el problema, no taparlo”. Pikara Magazine.
<https://www.pikaramagazine.com/2021/02/violencia-obstetrica-hay-que-reconocer-el-problema-no-taparlo/>
- Fontenla. (2008). ¿Qué es el patriarcado? Mujeres en Red.
<https://www.mujeresenred.net/spip.php?article1396>
- Frühbeck, F. M. (2023, 4 diciembre). El relato de una víctima de violencia obstétrica en Madrid: “Pasé semanas llorando y reviviendo todos los momentos que viví en ese parto”. Cadena SER.
<https://cadenaser.com/cmadrid/2023/12/04/el-relato-de-una-victima-de-violencia-obstetrica-en-madrid-pase-semanas-llorando-y-reviviendo-todos-los-momentos-que-vivi-en-ese-parto-radio-madrid/>
- García, B. (2019, 9 febrero). La invisible violencia de género que sufren las mujeres en la consulta del ginecólogo. THE OBJECTIVE.
<https://theobjective.com/further/cultura/2017-11-25/la-invisible-violencia-de-genero-que-sufren-las-mujeres-en-la-consulta-del-ginecologo/>
- García, E. M. (2018). *LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLENCIA DE GÉNERO* [Disertación de doctorado, Universidad Autónoma de Madrid].
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf
- García, E. M. (2018). *LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLENCIA DE GÉNERO* Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales [Disertación de doctorado, Universidad Autónoma de Madrid].

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf

García Germán, S. (2008). LA TEORÍA DEL CONFLICTO Un marco teórico necesario. *Prolegómenos*, 11(22), 29-43. <https://www.redalyc.org/pdf/876/87602203.pdf>

García-Lorca, A. I., De los Ángeles Viguera-Martínez, M., Ballesteros-Meseguer, C., De las Mercedes Fernández-Alarcón, M., Carrillo-García, C., Martínez-Roche, M. E., García-Lorca, A. I., De los Ángeles Viguera-Martínez, M., Ballesteros-Meseguer, C., De las Mercedes Fernández-Alarcón, M., Carrillo-García, C., & Martínez-Roche, M. E. (2019). Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica. *Scielo*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100059

Garre, J. M. H., & Echevarría, P. (2015). El nacimiento hospitalario e intervencionista: un rito de paso hacia la maternidad. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 10(3), 402-417. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5291835.pdf&ved=2ahUKEwiRi-Xz0aOFAxVQVKQE_HUCNDJsQFnoECBwQAQ&usg=AOvVaw2FVCRRkkV-iGQ4xnR8m6xU

Gomes, B. (2005). Ética y medicina en Michel Foucault: la dimensión humanística de la medicina a partir de una genealogía de la moral. *Historia Ciências Saude-manguinhos*, 12(3), 717-734. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702005000300005>

Gosálvez, J. S. (2011, 20 septiembre). Fotos: Las viñetas ofensivas de un ginecólogo | Imágenes. www.20minutos.es - Últimas Noticias. <https://www.20minutos.es/fotos/gente-television/las-vinetas-ofensivas-de-un-ginecologo-7873/8/>

Guerrero, M., A., B. (2016). La investigación cualitativa Qualitative research. *Revista de la Universidad Internacional del Ecuador*, 9.

- Guijarro, E. M. (2023). La violencia obstétrica como injusticia epistémica: el parto en disputa. *Salud Colectiva*, 19, e4464. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4464>
- Guillén, F. F. (2022, 10 abril). Empieza la batalla legal por elegir cómo queremos parir. FRANCISCA FERNÁNDEZ GUILLÉN. <https://www.franciscafernandezguillen.com/batalla-legal-por-elegir-como-queremos-parir/>
- Guillén, F. F. & El parto es nuestro. (s. f.). ¿Pueden rechazar mi Plan de Parto? El Parto Es Nuestro. <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/conoce-tus-derechos-area-legal/conoce-tus-derechos/pueden-rechazar-mi-plan-de-parto>
- Guillen. (2009). ALGUNOS ASPECTOS JURÍDICOS DE LA ATENCIÓN AL PARTO. Ministerio de Sanidad. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/AspectosJuridicos.pdf>
- Guillén. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, 18, 113-128. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106937.pdf>
- Illich F. (1975) *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Barral. <https://www.ivanillich.org.mx/Nemesis.pdf>
- INE - Instituto Nacional de Estadística. (2024). INEbase / Demografía y población /Cifras de población y Censos demográficos /Estadística continua de población / Últimos datos. INE. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177095&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
- Jiménez, A. (2022, 24 febrero). *¿Qué es la violencia obstétrica y cómo podemos prevenirla?* ¿Qué Es la Violencia Obstétrica y Cómo Podemos Prevenirla? | Univadis. https://www.univadis.es/viewarticle/que-es-la-violencia-obstetrica-y-como-podemos-prevenir-la?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=Performance_Max

[_MD_websitevisitors&utm_adgroup=Asset_News&ecd=ppc_google_rem-traf_uni_Performance-general_md_websitevisitors_inlang-es-int&gad_source=1&gbraid=0AAAAADoSQiV_uZgTNAuFyH4Radj9tu2ru&gclid=Cj0KCQiAzoeuBhDqARIsAMdH14EUiEe3XZzDTzIDG-onLS0dohjRXs57-i32-HR46NVh6TO1dQnQgy8aAn9wEALw_wcB](https://www.google.com/search?q=MD_websitevisitors&utm_adgroup=Asset_News&ecd=ppc_google_rem-traf_uni_Performance-general_md_websitevisitors_inlang-es-int&gad_source=1&gbraid=0AAAAADoSQiV_uZgTNAuFyH4Radj9tu2ru&gclid=Cj0KCQiAzoeuBhDqARIsAMdH14EUiEe3XZzDTzIDG-onLS0dohjRXs57-i32-HR46NVh6TO1dQnQgy8aAn9wEALw_wcB)

Kohan, M. (2022, 22 febrero). ¿Qué es la violencia obstétrica y por qué el Gobierno planea reconocerla en una ley? *publico.es*.
<https://www.publico.es/sociedad/violencia-genero-violencia-obstetrica-gobierno-planea-reconocerla-ley.html>

Kroll-Desrosiers, A. R., Nephew, B. C., Babb, J. A., Guilarte-Walker, Y., Moore, T. A., & Deligiannidis, K. M. (2017). Association of peripartum synthetic oxytocin administration and depressive and anxiety disorders within the first postpartum year (2.a ed., Vol. 34). Wiley Blackwell.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/da.22599>

León Rodríguez. (2008). Ética feminista y feminismo de la igualdad. *Espiga*, 79-88.
<https://www.redalyc.org/pdf/4678/467847230006.pdf>

López, M. M. (2023, 8 febrero). «Me hizo sentir muy sucia, como si fuera mi culpa»: cuando una visita al ginecólogo se convierte en un trauma. *Cadena SER*.
<https://cadenaser.com/nacional/2023/02/07/me-hizo-sentir-muy-sucia-como-si-fuera-mi-culpa-cuando-una-visita-al-ginecologo-se-convierte-en-un-trauma-cadena-ser/>

Martí, A. (2021, 23 noviembre). Los partidos del Gobierno valenciano quieren que la «violencia obstétrica» sea un delito machista. *La Razón*.
<https://www.larazon.es/comunidad-valenciana/20211123/i5mbbjcxunaida5f2fft5ei6vy.html>

Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martínez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women And Birth*, 34(5), e526-e536. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>

- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., Gonzalez-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chillerón, M. J. (2020). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(21), 7726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Millet. (1970). Política sexual. Instituto de la mujer. <https://feminismosaprendem.files.wordpress.com/2017/02/millett-kate-politica-sexual.pdf>
- Ministerio de Sanidad. (2021). Atención perinatal en España Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018. INFORMACIÓN y ESTADÍSTICAS SANITARIAS 2021. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf
- Mir, J. R., & Gandolfi, A. M. (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211-212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
- Moscardó, M. A. (2015). Sociología de la(s) violencia(s) de género en España. Una propuesta de análisis. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5307821>
- Myers, D. G. & Twenge, J. M. (2019). *Psicología Social*. Mc Graw-Hill.
- Natalben. (2019, 14 febrero). Historia del parto: De las comadronas y parteras a los ginecólogos. Natalben. <https://www.natalben.com/parto/que-es-parto-natural>
- Observatorio de Salud de las Mujeres. (2012). Informes sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. sanidad.gob. https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
- Observatorio de Violencia Obstétrica. (2022, 4 junio). EL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL AVALA LA VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS A LAS MUJERES

EMBARAZADAS.

observatorioviolenciaobstetrica.es.

<https://observatorioviolenciaobstetrica.es/tc-avala-vulneracion-derechos-humanos-mujeres-embarazadas/>

Oliver, D., Oliver, D., & Oliver, D. (2024, marzo 20). El abuso de los partos inducidos y sus consecuencias en la salud de las madres. El País.
<https://elpais.com/mamas-papas/2024-03-20/el-abuso-de-los-partos-inducidos-y-sus-consecuencias-en-la-salud-de-las-madres.html>

Organización Mundial de la Salud (1996). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva.

Pellicer, J. (2023, 29 enero). ¿Qué es la violencia obstétrica y cómo afecta a las mujeres? Elnacional.cat.
https://www.elnacional.cat/es/salud/que-violencia-obstetrica-como-afecta-mujeres_956604_102.html

Pérez, S. F. (2022, 18 abril). El calvario de las víctimas de violencia obstétrica: de la maniobra Kristeller a la cesárea forzada «y a casa». Cadena SER.
https://cadenaser.com/ser/2021/11/27/sociedad/1638003307_667543.html

Pikara Magazine. (2022). Violencia contra las mujeres y medios de comunicación. Ministerio de Igualdad.
https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2021/estudios/Violencias_machistas_medios_comunicacion.htm

Prevert, A., Oscar, N. C., & Bogalska-Martin, E. (2012). La discriminación social desde una perspectiva psicosociológica. Scielo.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2145-48922012000100002&script=sci_artt_ext

Pruenza, C. (2021, 8 julio). Big Data para optimizar el éxito de la inducción al parto. Instituto de Ingeniería del Conocimiento.
<https://www.iic.uam.es/lasalud/big-data-optimizar-induccion-parto/#:~:text=Si%20des>

[pu%C3%A9s%20de%20aplicar%20las.las%20inducciones%20terminan%20en%20c
es%C3%A1rea.](#)

Puente. (2008). Control Social [Trabajo Fin de Grado, Universidad Nacional de la Pampa].

https://repo.unlpam.edu.ar/bitstream/handle/unlpam/1050/e_puecon623.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Quesada, J., & López, A. (2011). ESTEREOTIPOS DE GÉNERO y USOS DE LA LENGUA:

UN ESTUDIO EN EDUCACIÓN SECUNDARIA. Revista de la Facultad de Educación

de Albacete, 25, 42.

<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3736502.pdf&ved=2ahUKEwi3jqCWIqmFAxXLVaQEHBYBCAkQFnoECBwQAQ&usg=AOvVaw35ulPziupDHIxrHpKWPh2A>

Recio Alcaide, A. & Cuerpo de Estadísticos del Estado. (1977). La atención al parto en

España: Cifras para reflexionar sobre un problema. Dilemata, 18, 13-26.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106931.pdf>

Redacción Médica. (2021, 25 noviembre). Violencia obstétrica| «La tipificación penal

condena decisiones médicas».

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/violencia-obstetrica-la-tipificacion-penal-condena-decisiones-medicas--7375>

Rodríguez Manzanera, L. (1981). Criminología (2.ª ed.). Editorial Porrúa, S.A.

https://www.academia.edu/17677728/CRIMINOLOGIA_LUIS_RODRIGUEZ_MANZANERA_libro

Rodríguez Muñoz, N. M. (2018). Investigación sobre la violencia obstétrica como forma de

violencia hacia las mujeres, y actuación desde el trabajo social [Trabajo Fin de

Grado, Universidad de la Laguna].

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/9739/Investigacion%20sobre%20la%20violencia%20obstetrica%20como%20forma%20de%20violencia%20hacia%20las%20mujeres.%20y%20actuacion%20desde%20el%20Trabajo%20Social..pdf?isAllowed=y&sequence=1>

- Rtve. (2022, 25 abril). Testimonios en primera persona de violencia obstétrica: "Estás empujando fatal. Te vas a ir de cabeza a una cesárea" RTVE.es.
<https://www.rtve.es/television/20220425/violencia-obstetrica-testimonios-primera-persona-parir-siglo21-podcast/2328481.shtml>
- Sánchez. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 18, 93-111.
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi7jqOjh_SEAxUy9glHHX6wCuAQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2F Dialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F5106936.pdf&usg=AOvVaw0y8H7hG_rbin3TdnRuVgjf&opi=89978449
- Sánchez-Monge, M. (2023, 19 mayo). Haloperidol: cómo funciona y cuándo tomar este antipsicótico. *CuídatePlus*.
<https://cuidateplus.marca.com/medicamentos/2023/05/20/haloperidol-funciona-antipsicotico-180539.html#:~:text=Haloperidol%20es%20un%20antipsic%C3%B3tico%20cl%C3%A1sico.efectos%20adversos%2C%20interacciones%20y%20contraindicacion es.>
- Sexual and Reproductive Health and Research (SRH) & OMS. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea.
<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
- Sociedad Marcé Española (MARES). (2020, 27 noviembre). Violencia obstétrica en España: percepción de las mujeres y diferencia. www.sociedadmarce.org.
<https://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/14986/ESP/violencia-obstetrica-espanya-percepcion-las-mujeres-y-diferencias-interterritoriales.htm>
- Special Rapporteur on violence against women and girls. (2019). Report on a human-rights based approach to mistreatment and obstetric violence during childbirth. DigitalLibraryUN.
<https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/report-human-rights-based-approach-mistreatment-and-obstetric-violence-during>

Telemadrid. (2023, 4 septiembre). Uno de cada cuatro partos en España acaba en cesárea.

Telemadrid.

<https://www.telemadrid.es/noticias/sociedad/Uno-de-cada-cuatro-partos-en-Espana-acaba-en-cesarea-0-2592640744--20230831124605.html#>

USO. (2023, 22 noviembre). La violencia institucional, la otra cara de la violencia de género.

Unión Sindical Obrera.

<https://www.uso.es/la-violencia-institucional-la-otra-cara-de-la-violencia-de-genero/>

Villalba. (2014, enero). Violencia simbólica. Irenees un Sitio Web de Recursos Para la Paz.

https://www.irenees.net/bdf_fiche-notions-231_es.html

World Health Organization. (2015). *The prevention and elimination of disrespect and abuse*

during facility-based childbirth. Who.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf;jsessionid=B97BC606B7AADEF6F86312FAE5506431?sequence=1

7.1 Bibliografía legal.

Constitución Española, 1978. Boletín Oficial del Estado.

[https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado.

<https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>

Ley 17/2020 del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista (22 de diciembre del 2020) <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-464>

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. Boletín

Oficial del Estado. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado.

<https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2/con>

Ley Orgánica 5/2008. (22 de diciembre del 2020) Artículo 4d. Boletín Oficial del Estado.

Naciones Unidas. (2022., julio). *España responsable por violencia obstétrica, según el Comité de Derechos de las Mujeres de la ONU*. Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado.

<https://www.ohchr.org/es/press-releases/2022/07/spain-responsible-obstetric-violence-un-womens-rights-committee-finds>

Naciones Unidas. (2024). La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. un.org.

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/#>

Tribunal Constitucional. (2023). SENTENCIA 11/2023. Jurisprudencia Tribunal Constitucional. <https://hj.tribunalconstitucional.es/HJ/es/Resolucion/Show/29226>

7. Anexo.

8.1 Anexo 1

1. ¿Estás de acuerdo en participar en esta encuesta, comprendiendo que tus respuestas serán anónimas y utilizadas únicamente para fines académicos? (Solo pasan a las preguntas aquellos que contesten: "sí")
2. ¿Eres profesional/estudiante sanitario?
 - Sí soy profesional/estudiante sanitario.
3. ¿Sexo?
4. ¿Estás especializado en ginecología y/u obstetricia?
 - Sí estoy especializada/o / No estoy especializada/o / soy estudiante y hago las prácticas ahí / soy estudiante y no hago
5. ¿Sabes lo que es la violencia gineco-obstétrica?
6. ¿Qué es la violencia gineco-obstétrica?
7. ¿Has recibido formación al respecto?
8. ¿Crees que existe?
9. ¿Consideras que el término es el adecuado?
10. ¿Consideras que la violencia gineco-obstétrica debería considerarse violencia de género?
11. ¿Cuál crees que es la mejor forma de prevención?
12. ¿Cuál crees que es el origen de la violencia gineco-obstétrica?
13. ¿Te gustaría hacer algún comentario al respecto?
 - No soy estudiante/profesional sanitario.
14. ¿Sexo?
 - Mujer
15. ¿Has acudido a alguna revisión ginecológica?
 - No he acudido a ninguna revisión ginecológica.
16. ¿Por qué no has acudido a ninguna revisión ginecológica?
17. ¿Sabes lo que es la violencia Gineco-obstétrica?
18. Si has dicho que sí: ¿Qué entiendes por violencia gineco-obstétrica?
19. ¿De sufrir violencia gineco-obstétrica sabrías a dónde acudir?
20. Si has dicho que sí: ¿A dónde acudirías de sufrir violencia gineco-obstétrica?
 - Sí he acudido a alguna revisión ginecológica
21. ¿Sabes lo que es la violencia gineco-obstétrica?
22. Si has dicho que sí: ¿Qué es la violencia gineco-obstétrica?
23. ¿De sufrir violencia gineco-obstétrica sabrías a dónde acudir?
24. Si has dicho que sí: ¿A dónde acudirías de sufrir violencia gineco-obstétrica?

25. ¿Has sufrido violencia gineco-obstétrica?
→ Sí he sufrido violencia gineco-obstétrica
26. ¿Denunciaste la situación?
 - Sí denuncié.
27. ¿Cuál fue la respuesta institucional?
 - No denuncié
28. ¿Por qué no denunciaste?
 - Sí he sufrido VGO / No he sufrido VGO.
29. ¿Te has sentido alguna vez incómoda, juzgada o insultada por el comportamiento de tu ginecólogo?
30. ¿Tras las consultas con tu ginecólogo sales satisfecha?
31. ¿Sientes que cada vez que tu ginecólogo te comenta algo respecto a tu salud te informa de todas las alternativas? ¿Se asegura de que lo has comprendido todo?
32. ¿Sientes que en cada proceso médico que realiza tu ginecólogo te informa de todo en todo momento?
33. ¿Has comentado alguna vez un problema y te has sentido impotente ya que la única solución ofrecida han sido las pastillas anticonceptivas?
34. ¿Te has sentido infantilizada?
35. ¿Has sentido que minimizaban tus problemas?
36. ¿El profesional sanitario te ha hecho comentarios irónicos o despectivos?
37. ¿Has estado embarazada?
 - Sí he estado embarazada.
38. ¿Has dado a luz?
 - Sí he dado a luz.
39. ¿Has sufrido violencia obstétrica?
 - Sí / No
40. ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?
41. ¿Durante algún procedimiento se exigió que tu acompañante abandonara la sala?
42. ¿Consideras que se te realizaron prácticas innecesarias y dolorosas?
43. ¿Te informaron de todos los procedimientos que te realizaban? ¿Te realizaron algún procedimiento médico sin pedirte consentimiento o explicarte por qué era necesario?
44. ¿Te pidieron consentimiento para cada procedimiento que te realizaban?
45. ¿Recibiste algún comentario fuera de lugar por parte de algún personal sanitario?
46. ¿Recibiste algún comentario o apodo que te infantilizaba?
47. ¿Te sintiste violentada durante el proceso?

48. ¿Se criticó en algún momento tu comportamiento durante el parto?
49. Después del parto, ¿sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías «colaborado»)?
50. ¿Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?
51. ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?
52. ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?
53. ¿Te trataron con sobrenombres o diminutivos como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?

(Sin separación)

54. ¿Te realizaron algún procedimiento médico sin pedirte consentimiento o explicarte por qué era necesario?
 - Sí / No
55. ¿Realizaste un plan de parto?
 - Sí realicé un plan de parto
56. ¿En el hospital se solicitó que entregarás el plan de parto?
57. ¿Se siguió el plan de parto que estableciste?
 - No realicé un plan de parto
58. ¿Por qué no realizaste un plan de parto?

(Sin separación)

59. ¿Fue parto natural o cesárea?
 - Cesárea.
60. ¿Lo eligiste así en tu plan de parto?
 - Sí elegí: ¿Te informaron de todos los riesgos?
 - No elegí.
61. ¿Especificaste tu consentimiento en el plan de parto?
62. ¿Cuando se te propuso hacer una cesárea se pidió tu consentimiento?
63. ¿Fuiste informada de lo que conllevaba someterse a una cesárea?
64. ¿Se pidió tu consentimiento de manera explícita? (no se considera como dar el consentimiento frases como "se está complicando el parto, la llevamos a una cesárea")
65. ¿Fuiste informada de las alternativas posibles?
66. Sí: ¿Quisiste elegir otra alternativa?:
67. Sí: ¿Por qué no elegiste la alternativa que querías?

- Parto Natural.
68. ¿Te realizaron algún procedimiento médico sin pedirte consentimiento o explicarte por qué era necesario?
 69. ¿En algún momento se pidió al acompañante que no hiciera preguntas y/o que solo ejerciera de apoyo emocional?
 70. ¿Te permitieron elegir la posición en la que dar a luz?
 71. En el momento del parto, ¿te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?
 72. ¿Se te realizó una inducción al parto?
 73. ¿Se te restringió comer y/o beber durante el parto?
 74. ¿Para realizarte el tacto vaginal para medir tu dilatación se te pidió consentimiento expreso?
 75. ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?
 76. ¿Durante algún procedimiento se exigió que el acompañante abandonara la sala?
 77. ¿Consideras que se te realizaron prácticas innecesarias y dolorosas?
 78. ¿Te informaron de todos los procedimientos que te realizaban?
 79. ¿Te pidieron consentimiento para cada procedimiento que te realizaban?
 80. ¿Recibiste algún comentario fuera de lugar por parte de algún personal sanitario?
 81. ¿Recibiste algún comentario o apodo que te infantilizaba?
 82. ¿Te sentiste violentada durante el proceso?
 83. ¿Se criticó en algún momento tu comportamiento durante el parto?
 84. ¿Te realizaron algún procedimiento médico sin pedirte consentimiento o explicarte por qué era necesario?

(Todas)

85. ¿Consideras que sufriste vgo?
 86. Sí: ¿Denunciaste lo sucedido?
 87. Sí: ¿Cuál fue la respuesta institucional?
 88. No: ¿Por qué?
- He estado embarazada pero no he llegado a dar a luz.
89. ¿Sentiste que fuiste informada en todo momento?
 90. ¿Sentiste que tomaste las decisiones libremente?
 91. ¿Te sentiste juzgada en algún momento?
 92. ¿Recibiste algún comentario fuera de lugar por parte de algún personal sanitario?
 93. ¿Consideras que sufriste violencia obstetrica?
 94. Sí: ¿Denunciaste lo sucedido?
 95. Sí: ¿Cuál fue la respuesta institucional?

96. No: ¿Por qué?

(Todas)

Concienciación Violencia Gineco-obstétrica

La violencia gineco-obstétrica se refiere a cualquier tipo de maltrato físico, emocional o verbal que sufre una mujer durante la atención médica ginecológica y/o obstétrica por parte de profesionales de la salud. Esto puede incluir procedimientos médicos innecesarios, falta de consentimiento informado, humillaciones, insultos, negligencia en el cuidado, entre otros comportamientos que vulneran los derechos y la dignidad de la mujer.

Ejemplos de testimonios: "Cuestionó el dolor que sentí en las pruebas con comentarios como: si cuando estás con tu chico te comportas así, pobre, lo compadezco"

"Me llevaron al quirófano, me ataron los brazos en cruz, no entendía nada", cuenta que pidió explicaciones y le justificaron que era necesario sujetarla para evitar que intentara tocarse. Una vez se encontraba en esa posición intentaron extraerle el niño con unos fórceps, una herramienta similar a unas pinzas: "Yo noté como que me arrancaban las entrañas, empecé a llorar y dije que me dolía'. Después de protestar la sedaron sin pedirle permiso.

"Al momento de una contracción, Martín se había subido por el hecho de haberme acostado, así que, para emplear unas palas para abrirme, me hicieron una episiotomía sin consentimiento. Empecé a empujar mientras gritaba y entonces me mandaron callar, y con voz prepotente la ginecóloga que supervisaba mi parto me dijo:

'Tranquilita, eh"

97. ¿Conociendo esta definición consideras que has sufrido violencia obstétrica?

98. ¿Cuál crees que sería la mejor forma de prevención?

99. ¿Cuál piensas que es la causa de la violencia obstétrica?

100. ¿Qué sensación te provoca la violencia obstétrica?

101. ¿Crees que el machismo está presente tanto en hombres como mujeres?

(Todas)

102. ¿Has experimentado ansiedad relacionada con el parto/visita al ginecólogo desde que ocurrió?

103. ¿Has tenido dificultades para confiar en los profesionales de la salud después de tu experiencia?

104. ¿Has experimentado pesadillas o flashbacks relacionados con tu experiencia?
105. ¿Sientes miedo o aprensión al pensar en futuros partos/visitas al ginecólogo?
106. ¿Has notado cambios en tu relación con tu hijo/a desde el parto?
107. ¿Has tenido dificultades para establecer vínculos emocionales con tu hijo/a debido a tu experiencia obstétrica?
108. ¿Quieres añadir algún comentario acerca de tu experiencia en el parto o durante alguna revisión ginecológica?

- Hombres

109. ¿Eres padre?
110. Sí / No: ¿Tienes hermanas o pareja? /
111. ¿Consideras que posees los conocimientos básicos biológicos sobre la menstruación?
112. ¿Cuál es la función principal del endometrio durante el ciclo menstrual?
113. ¿Cuál es el proceso cíclico en el sistema reproductivo femenino que involucra el desprendimiento del revestimiento del útero?

(Sin separación)

114. ¿Cuando alguna mujer de tu entorno habla sobre ginecología u obstetricia desconectas porque es un "tema de mujeres"?
115. ¿Conoces alguna mujer que se haya sentido incómoda en el ginecólogo?

(Todos)

116. ¿Has estado en la sala de parto de acompañante?
- Sí
117. ¿Se te ha pedido que ejerzas solo de apoyo emocional?
118. ¿Sabes lo que es la violencia gineco-obstétrica?
119. Sí: Define violencia gineco-obstétrica

(Todos)

La violencia gineco-obstétrica se refiere a cualquier tipo de maltrato físico, emocional o verbal que sufre una mujer durante la atención médica ginecológica y/o obstétrica por parte de profesionales de la salud. Esto puede incluir procedimientos médicos innecesarios, falta de consentimiento informado, humillaciones, insultos, negligencia en el cuidado, entre otros comportamientos que vulneran los derechos y la dignidad de la mujer.

Ejemplos de testimonios: "Cuestionó el dolor que sentí en las pruebas con comentarios como: si cuando estás con tu chico te comportas así, pobre, lo compadezco"

"Me llevaron al quirófano, me ataron los brazos en cruz, no entendía nada", cuenta que pidió explicaciones y le justificaron que era necesario sujetarla para evitar que intentara tocarse. Una vez se encontraba en esa posición intentaron extraerle el niño con unos fórceps, una herramienta similar a unas pinzas: "Yo noté como que me arrancaban las entrañas, empecé a llorar y dije que me dolía. Después de protestar la sedaron sin pedirle permiso.

"Al momento de una contracción, Martín se había subido por el hecho de haberme acostado, así que, para emplear unas palas para abrirme, me hicieron una episiotomía sin consentimiento. Empecé a empujar mientras gritaba y entonces me mandaron callar, y con voz prepotente la ginecóloga que supervisaba mi parto me dijo:

'Tranquilita, eh'"

120. ¿Crees que el machismo está presente tanto en hombres como mujeres?
121. ¿Bajo esta definición consideras que alguna mujer de tu entorno la ha sufrido?
122. ¿Crees que es importante que un hombre sea educado sobre estos temas?
123. ¿Consideras que se debería legislar al respecto?
124. ¿Quieres contar alguna experiencia tuya o de alguien de tu círculo respecto a un parto o una revisión ginecológica?