

INTERSECCIONALIDADES DE GÉNERO Y VIOLENCIAS OBSTÉTRICAS

Serena Brigidi¹, Marta Busquets-Gallego²

Autora correspondencia: Serena Brigidi

Correo electrónico: serena.brigidi@uvic.cat

1. Doctora en antropología médica. Departament Ciències Socials i Benestar, Facultat de Ciències de la Salut i Benestar, Universitat de Vic.

2. Doctoranda en estudios de género en Universidad Rovira i Virgili.

Recibido: 29-11-2018 Aceptado: 10-05-2019



RESUMEN

En el presente artículo se presentan dos casos de violencia obstétrica ocurridos en Barcelona entre los años 2016-2017 en el mismo hospital: un centro de primer nivel concertado en la comunidad autónoma de Cataluña. Los casos presentados resultan instrumentales porque ilustran claramente el fenómeno de la violencia obstétrica padecida dentro de condicionantes de género y colectivos, en tanto que abordan más de un modelo y con ello se desea aportar un entendimiento profundo de casos similares ocurridos en los últimos años.

El objetivo del presente artículo consiste en analizar los casos referidos para poder destacar los derechos de autonomía y consentimiento informado en el embarazo y el parto desde una perspectiva de interseccionalidad de género. A lo largo del texto, se reflexiona sobre cómo la trivialización producida por el modelo ontológico individualista actual ha generado una profunda confusión entre el deseo y el derecho, reproduciendo procesos tayloristas del parto. En dichos procesos se confunde la violencia con altruismo, la posibilidad de tener hijas/os con la adquisición de ellas/os, la salud con la mercancía. Por esto, se quiere remarcar la importancia de los condicionantes de género y sus intersecciones, para adoptar una mirada desde la complejidad y la profundidad, así como definir y comprender la violencia obstétrica para transformar la situación actual.

Palabras claves: violencia obstétrica; interseccionalidad; autonomía; consentimiento informado; género.

ABSTRACT

In this article we present two cases of obstetric violence that occurred in Barcelona between the years 2016-2017 in the same hospital: a first level subsidised center in the autonomous community of Catalonia. The cases presented are instrumental because they clearly illustrate the phenomenon of obstetric violence suffered within gender and collective conditions as they address more than one model and, because with them, we might be able to provide an in-depth understanding of similar cases that have occurred in recent years. Thus, the aim of this article is to analyze said cases in order to highlight the rights of autonomy and informed consent in pregnancy and childbirth from a gender intersectional perspective. Throughout the text we reflect on how the trivialization produced by the current individualistic ontological model has generated a deep confusion between desire and right, reproducing taylorist processes of childbirth. In these processes violence is confused with altruism, the possibility of having children with the acquisition of them, health with merchandise. We want to highlight the importance of gender determinants and intersections to adopt a complex view and to define and understand obstetric violence in order to transform the current situation.

Keywords: obstetric violence, intersectionality, autonomy, informed consent, gender.

LA OMISIÓN DE LOS ESTUDIOS DE GÉNERO EN LA COMPRESIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

*Morir: potser només
Perdre forma i contorns,
Desfer-se, ser,
Xuclada endins
De l'úter viu,
Matriu de déu
mare: desnéixer.*
(Marçal, 2017)

Para poder comprender la violencia obstétrica es necesario profundizar en las relaciones de poder con las que hemos sido socializadas y criadas. No solo de las personas que son protagonistas más directas del proceso de embarazo, parto y crianza como son las madres, sino que resulta necesario incluir también a la pareja, las/os amiga/os y los familiares más próximos, siempre y cuando estén presentes. De forma más indirecta, el contexto laboral, socioeconómico y cultural que viven las mujeres. Asimismo, las/os profesionales que acompañan dicho proceso.

El tema de la violencia obstétrica ha sido explorado en la literatura gris y científica hispanohablante en numerosas ocasiones (Goberna y Boladeras, 2018; Sadler et al., 2016). No obstante, resulta que la cuestión del género sigue siendo marginal en cuanto a la comprensión del fenómeno ginecológico-obstétrico y relegado a «cuestiones de mujeres». O sea, circunstanciales y limitadas, que no afectan al bienestar social ni a la investigación. Destacamos algunas cuestiones. En primer lugar, las diversas omisiones en los planes docentes para la formación en género de estudiantes y profesionales de la salud en activo (VV.AA., 2018). Las cuestiones de género están relegadas a pocas asignaturas optativas y seminarios externos a la docencia académica. La Ley catalana 5/2008 contra la violencia machista insiste reiteradamente sobre la importancia de una educación en género como medio para erradicar las violencias. De hecho, en ella se observa el valor de la coeducación como un elemento de carácter permanente y transversal en todos los niveles de enseñanza de Cataluña. Existen muchas consecuencias de la falta de educación transversal en materia de género dentro de los espacios de aprendizaje, tanto formales como informales. Una de estas consiste en la percepción que se construye en torno al riesgo en temas de violencia y que generan y refuerzan estereotipos (Brigidí y Birosta,

2018). Estos conjuntos de ideas que una persona, un grupo o una sociedad obtienen a partir de las normas/patrones culturales establecidos impiden, por ejemplo, un espíritu crítico, una capacidad de análisis sobre la formación recibida. Es decir, impiden tomar conciencia sobre los privilegios y las representaciones que encarnamos, que, en salud, a menudo, se traducen en las dificultades de mantener una relación exotópica de escucha, comprensión y actuación (Brigidi, 2009). Si, además, uno de los pilares del discurso biomédico consiste en el *non nocere*, argumento central en los *medical dramas* que fomentan la popularización del saber biomédico (Brigidi, 2006), ¿cómo aceptamos y argumentamos la iatrogenia: que las/os profesionales hayan hecho daño? Teniendo en cuenta que, según el comunicado erogado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, la violencia obstétrica no existe (SEGO, 2018). Además, ¿cómo cuestionamos un sistema si no tenemos herramientas de lectura? Si dentro de estos espacios de aprendizaje no permitimos que las ciencias sean herramientas para deslegitimar el discurso hegemónico (que como recuerda Dolores Juliano, no es homogéneo). Pues, ¿cómo confiamos en las/os profesionales? Última reflexión, partiendo del presupuesto de que una persona sepa reconocer e identificar la violencia: ¿cómo actuamos, como pacientes, frente a la violencia padecida?

A continuación, otro tema fundamental que cabe mencionar para observar la ausencia de una comprensión de las estructuras de género en el discurso intelectual y político es que «el parto es un hecho genital y absolutamente sexual» (Schallman, 2007, p. 52). Si seguimos viviendo en una época de censuras y castigos, incluso bajo el lema del feminismo, ¿cómo pensamos comprender y transmitir el parto? ¿Cómo pueden interesar las maternidades cómo sujeto de investigación académica? Todo lo dicho sirve para argumentar que esta carencia en la formación no solo se observa en la práctica asistencial, sino también en la incapacidad de observar y comprender la violencia obstétrica como violencia género. Por ello, su comprensión resulta periférica y, la mayoría de las veces, su análisis se limita a las meras prácticas desempeñadas antes, durante y tras el parto, al cumplimiento de protocolos, a la posesión de determinadas herramientas que conviertan a los paritorios en lugares menos ajenos a las mujeres. De este modo, estas relaciones intrínsecas a la violencia obstétrica no están exploradas debidamente. Las relaciones de interseccionalidad nos han permitido poner de relieve aspectos que hemos descuidado durante años generando formas más abiertas de análisis enfocadas a la complejidad. Para no estigmatizar y homologar. Ya no hay un único sujeto de observación, una forma

específica de feminidad hegemónica, sino la conciencia de las diversidades dentro de la categoría de madres. Este solapamiento de elementos de vulnerabilidades y condición inerme (Cavarero, 2006; Butler, 2002), esta interseccionalidad, es la que nos permite comprender la brutalidad del fenómeno de la violencia obstétrica (Brigidi, 2018). El objetivo del presente artículo consiste en abordar la violencia obstétrica y los derechos de autonomía y consentimiento informado en el embarazo y el parto desde una perspectiva de interseccionalidad de género.

METODOLOGÍA: ESTUDIOS DE CASO

En este apartado, se describen dos situaciones reales, la de Rosa y Blau, asociadas con prácticas de VO. Estos casos nos permitirán analizar cómo se manifiesta y evoluciona la VO en el contexto mencionado a partir de dos experiencias subjetivas que han sido elegidas por el potencial de su historia para ilustrar la interseccionalidad del fenómeno de VO (Merriam, 2009). Así estableceremos un dialogo entre la descripción de los casos y el marco teórico propuesto, esto es, la perspectiva desde dónde abordamos la violencia obstétrica: estudios de género, feminismo y derecho.

Rosa y Blau han vivido dos situaciones concretas que revelan datos interesantes sobre el fenómeno de la VO y sus representaciones en el sector ginecológico-obstétrico catalán y en el sector popular contemporáneo. Ambas historias han sido narradas directamente por los sujetos a través de entrevistas formales e informales, de su entorno familiar y algunos profesionales sanitarios. Los dos casos han acudido directamente o indirectamente (como en el caso de Rosa, donde han sido las profesionales del parto quienes han documentado el incumplimiento de la autonomía del paciente) a la Asociación Dona Llum (DLL), una asociación catalana por el parto respetado.¹ A nivel ético-participativo, ambas autoras están implicadas en la asociación Dona Llum, como socia y presidenta respectivamente, y llevan numerosos años militando en ella conjugando activismo con investigación científica.

¹ Dona Llum-Associació Catalana per un Part Respectat es una asociación sin ánimo de lucro creada en el año 2006 y formada mayoritariamente por mujeres unidas por el convencimiento de que las madres y sus bebés deben recibir una atención obstétrica digna y respetuosa. Para ello pone el foco en las prácticas sanitarias actuales, promoviendo su adecuación a la evidencia científica siempre respetando las necesidades y derechos concretos de las madres y bebés. Su objetivo es que en Cataluña todos los embarazos y partos sean respetados.

Finalmente, se destaca que se han modificados lugares, nombres y aspectos más identitarios tanto de las mujeres, sus familiares y de las/os profesionales de la salud como de la institución para garantizar siempre el anonimato.

Rosa y la inducción forzada

En junio de 2016, profesionales de un conocido Hospital Catalán (HC) pusieron en conocimiento de DLL que se estaba llevando a cabo una inducción forzada en el centro. Al sujeto lo llamamos Rosa, mujer peruana en la franja de edad entre 30-35 años. Casada con un español, acudió al HC para realizar uno de los controles rutinarios establecidos en el protocolo al final del embarazo tras haber alcanzado las 40 semanas de gestación.

La ginecóloga en servicio le propuso inducir, pero dado que no había ningún síntoma ni diagnóstico de patología, Rosa prefirió seguir esperando y realizándose los controles pertinentes. Una semana después, el sábado 11 de junio, acude al HC a estos efectos. En un encuentro informal, Rosa relata como la ginecóloga le comenta: «no te voy a poner una pistola en la cabeza», pero que su indicación es la inducción debido a la edad gestacional. En esta ocasión Rosa va acompañada de su madre, una mujer mayor, peruana también. La madre de Rosa comenta a la ginecóloga de cómo «los bebés tienen su día de nacer y que allá en Perú—del pueblo donde es ella—todo seguía su curso con normalidad».

Dado que siguen sin existir signos de patología y siente pródromos que hacen presuponer lo inminente del parto, Rosa manifiesta otra vez que prefiere esperar y seguir realizando controles que garanticen el bienestar fetal, si es necesario diarios. Cuando abandona el hospital, supone que acudirá de nuevo al día siguiente a controlarse. La ginecóloga, que no estaba colegiada en ese periodo tal y como exige la ley,² busca una orden judicial alegando malos tratos prenatales ante una urgencia inminente para la vida de la bebé, que es concedida a pesar de la falta de competencia del juzgado.

Esa misma tarde, los Mossos de Esquadra³ acuden al domicilio de Rosa y la escoltan al hospital donde la espera una comitiva judicial. Rosa, en los relatos posteriores, comentará a algunas socias que estaba muy nerviosa y presa de la ansiedad. Permanece en el hospital durante varias horas, en las que existen discrepancias entre profesionales (ginecólogas y matronas) sobre la inducción y un malestar manifiesto. Nadie quiere dar

²Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales.

³ Policía autonómica catalana.

inicio a la inducción. Finalmente, más de seis horas después, la ginecóloga que la atendió el primer día le inducen el parto tras el que nace su hija.

Durante la estancia de Rosa en el hospital, la mujer se muestra «ausente», hasta el punto de que la alimentan sus allegados. Desde DLL se le ofrece asistencia legal, que en un primer momento acepta. Se mantienen reuniones y conversaciones y se prepara la contestación a la orden judicial ilegal, pero justo antes de iniciar el proceso judicial Rosa declina seguir: abogados no especialistas le han dicho que su caso no tiene relación con los derechos humanos y que su opción se circunscribe a escribir su relato e interponer una queja en atención a la usuaria. Además, su familia prefiere dejar las cosas como están.

Desde las asociaciones se piden explicaciones y se hace pública la situación. Los medios de comunicación se hacen eco de la noticia. HC opta por la opacidad, no da ningún tipo de explicación ni lleva a cabo acciones para esclarecer los hechos, tampoco hay consecuencias para la ginecóloga a pesar de no estar colegiada. La administración sanitaria catalana rechaza pedir explicaciones al hospital excusándose con que el centro ha afirmado haber actuado conforme al protocolo. No se inicia una inspección.

Blau, la adolescente irresponsable

A principios del año 2017, tuvo lugar el taller sobre derechos en el embarazo y el parto en el centro cívico Casa Sagnier de Barcelona, realizado por DLL. En esta ocasión, destacaba la presencia de una adolescente embarazada, menor de edad, catalana. Mostraba un gran interés en lo que se hablaba y manifestaba que no le parecía normal el grado de violencia de los relatos sobre partos que le llegaban de su entorno, que estaba contenta de haber encontrado DLL porque quería algo distinto para su bebé y que su familia no la apoyaba. Su actitud contrastaba con la de su pareja, un chico adolescente de su misma edad y procedencia que permaneció callado y ajeno a lo que se hablaba en la reunión, consultando el teléfono móvil.

Durante el verano, Blau contacta telefónicamente con DLL. Suena muy nerviosa y tiene una fuerte ansiedad. Relata que ha ido a un control obstétrico al HC y, según sus explicaciones, la comadrona le ha realizado un tacto en el que, sin previo aviso, ha llevado a cabo una maniobra de inducción mecánica (la maniobra de Hamilton). Con motivo del dolor durante la maniobra, la sorpresa de no haber sido informada previamente y el temor a que se iniciara el parto, Blau abandonó el Hospital sufriendo un ataque de ansiedad.

Acto seguido la comadrona llamó a los Mossos de Esquadra informando de que una adolescente irresponsable había abandonado el hospital después de que se le realizara una maniobra de inducción al parto e instándoles a que obligaran a la chica a regresar, por el gran riesgo que suponía (de acuerdo con su relato) que Blau no estuviera ingresada teniendo en cuenta que el parto podía ser inminente. Los Mossos de Esquadra telefonearon a Blau, así como a su pareja (también a los padres de ella) conminándola a acudir al hospital a continuar con la inducción.

Blau narra todo esto entre lágrimas y en pleno ataque de ansiedad. Se le explica cómo, desde DLL, se la podría ayudar y que, en caso de querer continuar con la inducción, podría cambiar de hospital ya que en éste habían vulnerado y roto el vínculo de confianza. En el relato posterior al parto, ella explica cómo le pudo la presión: de la comadrona, sus padres y la policía, así como la falta de apoyo de todos ellos y de su pareja, así que acudió al HC donde prosiguió la inducción.

Contactó con DLL en un par de ocasiones más porque tampoco se respetó su voluntad respecto a la atención a su bebé, como, por ejemplo, a que permaneciera con ella en todo momento. A petición suya, otra socia de DLL acudió a visitarla al hospital, encontrándola triste y sintiendo el rechazo de la familia a su presencia. Blau no volvió a contactar con DLL ni manifestó interés en emprender acciones legales o administrativas.

Inducción y autonomía. Qué dice el Derecho

En base a estos casos, queremos ilustrar sobre qué dice el Derecho con relación al tema que nos ocupa.

España rige un modelo basado en la autonomía de las personas pacientes y usuarias de la sanidad, de acuerdo con la cual cualquier intervención requiere del Consentimiento Informado Previo (CIP). De otro modo, la intervención es ilegal y contraria a la *lex artis*.

Así lo establecen tanto los tratados internacionales firmados por España, como la normativa europea, nacional, autonómica y los respectivos códigos deontológicos⁴ (Cantero Martínez, 2005; Reynal Reillo, 2017).

⁴ Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina de 1997 (conocido como Convenio de Oviedo), Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 12 de diciembre de 2007, Carta Europea de Derechos del Paciente 2002, Constitución Española 1978, Ley General de Sanidad 1986 y en concreto la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, así como la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias

Solo se prevén tres límites al consentimiento informado:

- Por motivos de salud pública, es decir, principalmente en caso de epidemia;
- En situación de urgencia, cuando no es posible recabar el consentimiento de la persona, por ejemplo, por estar inconsciente;
- Por último, por ser la usuaria legalmente incapaz.

El embarazo y el parto no solo no suponen un límite al consentimiento informado, sino que son periodos de especial protección de acuerdo con el Convenio para la Eliminación de la Discriminación de la Violencia contra la Mujer de 1979 (conocido como CEDAW) y su Recomendación General 24 «Mujer y Salud», ambas suscritas y vinculantes en España, de acuerdo con los cuales una atención no respetuosa con sus derechos es discriminación.

La ley de Autonomía del Paciente 41/2002 en el artículo 9.4 establece la mayoría de edad a efectos de la autonomía y el consentimiento informado a los dieciséis años o menores emancipados. En el caso de menores de dieciséis años no emancipados, el consentimiento lo otorgan sus representantes legales. Aun así, habrá que atender al grado de madurez y capacidad intelectual de las y los menores y en el caso de ser mayores de doce años, existe la obligación de escucharlos (Alventosa del Río, 2015).

ANÁLISIS INSTRUMENTAL Y COLECTIVO DE LOS CASOS

De acuerdo con Stake (2005), los casos presentados de Rosa y Blau son *instrumentales* porque ilustran claramente el fenómeno de la VO padecida dentro de condicionantes de género y *colectivos* debido a que abordan más de un modelo y con ellos se desea aportar un entendimiento profundo de casos similares que nos llegan a diario en la asociación DLL. Es decir, Rosa y Blau son ejemplos de cómo resulta necesario utilizar una perspectiva de interseccionalidad de género para analizar y comprender los hechos. En ambas historias, encontramos diversas condiciones impuestas de vulnerabilidad. Se observan, esquemáticamente:

- Saber tradicional-popular vs. el saber biomédico: el control extremo del proceso de embarazo, parto y crianza. Extremadamente documentado en literatura (Menéndez, 1994), también en los temas de partería (Zacher-Dixon, 2015),

podemos sintetizarlo brevemente a partir de la idea de que el Modelo Médico Hegemónico (MMH) impone su concepto de profesionalización a los otros saberes médicos. El MMH se define a partir de las características de objetividad, reduccionismo, experimentalismo, determinismo, tecnicismo y biologicismo. Es decir, la idea de que existe una única formación, además, aceptada y reconocida para todas/os y unos rigurosos modelos teóricos de referencias explicativos del proceso de salud, enfermedad y atención (Martínez-Hernández, 2008). También la idea de garantizar las mejores técnicas y planteamientos clínicos-asistenciales. Estos conceptos siguen siendo interpretados como reproducibles en cualquier contexto y para cualquier paciente. La idea que la biomedicina no es *culture-free* queda aún incomprendida (Brigidi, 2009). Es decir, que el Modelo Médico Hegemónico está desvinculado de los ejes diacrónicos y culturales de donde se ha desarrollado. La transformación de prácticas sociales y culturales en actividades técnicas, la construcción económica de la evidencia científica (Forcades i Vila, 2013) y la asunción de que la salud es un negocio han cambiado las reglas y las demandas asistenciales, han denigrado los otros saberes centrados en modelos empíricos subalternos. Más aún en el proceso de embarazo, parto y crianza (Brigidi, 2014). Así que la sabiduría popular centrada en la observación, el acompañamiento, la escucha corporal ha sido sustituida por monitores y técnicas invasivas para el control de los procesos fisiológicos de las mujeres.

- Origen étnico de Rosa. Se ha demostrado cómo la violencia obstétrica aparece relacionada con condicionantes de género, la clase socioeconómica, el origen étnico, el idioma hablado (mejor dicho, no hablado), la orientación sexual, las creencias religiosas, etc. (Dinusha-Perera et al., 2018; Leal et al., 2017), hasta el punto de que se puede hablar de descolonizar el parto (Decolonizing the USVI, 2015). La asunción de las diversidades culturales en el itinerario asistencial sigue siendo un punto débil en el sistema de salud (Brigidi, 2009) y esto resulta evidente no solo en la literatura científica, sino en los foros digitales donde tanto pacientes como profesionales relatan casos vividos y observados de xenofobia y prejuicios culturales.
- La edad de Blau automáticamente la constituye como sujeto irresponsable. Habría que preguntarse qué papel han jugado los condicionantes morales en esta situación (¿quién es apta para ser madre? y ¿cuándo?, más allá de parámetros biomédicos

de riesgos-seguridades) y sobre las creencias religiosas de las/os profesionales del parto que la atendieron.

- Subordinación del sujeto mujer/madre para profesionales de la salud y entidades jurídico-policiales. Ambos casos evidencian como Rosa y Blau perdieron su autonomía, subjetividad y capacidad de agencia frente a la MMH y a las entidades jurídico-policiales. En ningún momento han sido acompañadas por las/os profesionales de la salud y no se les ofrecieron explicaciones sobre el por qué aconsejaban realizar una inducción ni se ha pedido el CIP. En otras palabras, resulta evidente que el modelo paternalista en salud sigue vigente y la idea de que no es necesario informar o compartir informaciones con las pacientes economiza los procesos reproductivos.
- El deseo de Rosa y Blau de no seguir adelante con la denuncia. Se observa como la violencia se acepta como algo intrínseco al parto (Brigidi et al., 2017). Este deseo de renuncia es algo que se observa frecuentemente en los casos de violencia de género y es también una de las claves para combatirlos: romper el silencio. Por esto la labor de las/os profesionales de la salud es fundamental a todos los niveles (en formación y en activo). Además, esto evitaría la producción de mecanismos internos de acoso entre profesionales de grados distintos. Está reconocido que las relaciones endogámicas y corporativistas generan mayores dificultades a la hora de denunciar prácticas violentas o de implementar y hacer prevención en violencia obstétrica. Resulta aún difícil entender a nivel profesional y comunitario que la violencia es algo estructural.
- Falta de transparencia y respuesta pública por parte del HC.

CONSIDERACIONES FINALES

Vivir en una sociedad plural implica encontrarnos con situaciones en las cuales habrá disparidad de criterios sobre la forma de abordarlas y de actuar, se opte por la solución que se opte. Jurídicamente se ha optado por el principio autonomista: es la persona la que decide de acuerdo con sus saberes y su concepción de la vida qué es lo mejor para sí misma.

En el ámbito obstétrico, deben tenerse en cuenta, además, las dinámicas de poder específicas existentes: la biomedicina de la mano de la ciencia inviste de autoridad a

obstetras, la opresión histórica y estructural de las mujeres, así como la priorización de dinámicas mecanicistas del cuerpo frente a la devaluación de procesos fisiológicos.

En los casos de Rosa y Blau, lo que está en juego no es una intervención determinada o una actuación concreta en un momento puntual. El concepto de autonomía tal y como lo configura el sistema jurídico actual nunca se ha visto cuestionado en el caso de los hombres, pues el mismo ha sido diseñado a la medida de la experiencia biomédica de un hombre cisgénero.

El uso de la interseccionalidad de género nos permite generar un cambio en el momento de redefinir políticas laborales y políticas de salud donde estas estructuras de género participen en la creación, desarrollo, aplicación y evaluación de los modelos promovidos. Tanto en educación como en política. Todo lo observado implica un cambio fundamental también en el uso de técnicas y métodos empleados para hacer investigación, para alcanzar una evidencia científica y una reflexión sobre la misma implicación de la investigadora. En este sentido, pensamos que el activismo en el parto de ambas autoras ha permitido esta mirada a la realidad que a veces falta en la academia.

En los casos de Rosa y Blau, hemos también observado una falta en la toma de conciencia sobre cómo se construye actualmente el deseo de vocación en las profesiones del parto: entre el ideal de ayudar y acompañar y el deseo de satisfacer normas laborales intrínsecas al corporativismo y a la economía de la institución pública o privada (DLL, 2018) que, como hemos visto, están directamente relacionadas con los casos de violencia obstétrica. Las profesionales de la salud: ¿pueden denunciar prácticas violentas?

Otro punto que ha emergido en el análisis de los casos de Rosa y Blau consiste en la representación de la maternidad como algo indiscutible, vinculado a instintos primales, a la escatología de las mujeres y su total cosificación. La trivialización producida por un modelo ontológico individualista actual ha generado la profunda confusión entre el deseo y el derecho, reproduciendo procesos tayloristas del parto. En dichos procesos confundimos la violencia con altruismo, la posibilidad de tener hijas/os con la adquisición de ellas/os, la salud con la mercancía.

Ahora bien, sin adentrarse en condicionantes de género, sus intersecciones, sin adoptar una mirada desde la complejidad y la profundidad, la violencia obstétrica no se puede definir ni comprender. El riesgo consistiría en quedarnos solo con unas menciones de prácticas —con la posibilidad de que sigan realizándose aumentando su ocultación—

y en poner la mirada exclusivamente en el lado de las/los profesionales de la salud acabando con acusaciones —completamente inútiles, si la finalidad es el cambio— y malentendidos. Más importante aún, sin conseguir transformar la situación actual.

En definitiva, la cuestión es si las mujeres, en concreto las mujeres embarazadas y de parto, tenemos la consideración social de seres humanos completos con nuestros derechos de autonomía intactos o, por el contrario, somos consideradas ciudadanas de segunda y sucesivas categorías inferiores. Y todo ello a pesar de que los tratados internacionales vigentes en España reconocen estos momentos de la vida sexual y reproductiva de las mujeres como de especial protección en tanto que implican riesgos de mayor violencia.

BIBLIOGRAFÍA

- ALVENTOSA DEL RÍO, Josefina. Consentimiento informado del menor en el ámbito de la sanidad y la biomedicina en España. En: *Rev. boliv. de derecho*. 2015, vol. 20, pp. 264-291
- BRIGIDI, Serena. Políticas públicas de salud mental y migración latina en Barcelona y Génova. Tarragona: Publicacions URV, 2009.
- BRIGIDI, Serena. Experiencias encarnadas. Representaciones audiovisuales de madre(s) y maternidad(es). En: *Revista de Medicina y Cine*. 2014, vol. 10, núm. 3, pp. 118-126.
- BRIGIDI, Serena. Observaciones audiovisuales referentes a los significados de prevención, seguridad, riesgo y (re)presión en el embarazo y parto. En: *Actas del XIII Congreso de Antropología Periferias fronteras y diálogos*. Tarragona: URV, 2014, pp. 4239-4249.
- BRIGIDI, Serena (ed.). *Cultura, salud y cine. Comunicación científica, formación y recursos audiovisuales*. Tarragona: Publicacions URV, 2016.
- BRIGIDI, Serena. «¿Jugamos a parir?» El *pošlost'* de la violencia entre brutalidad y trivialidad. En: Goberna Tricas, Josefina; Boladeras Cucurella, Margarita (eds.) *El concepto Violencia Obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Madrid: Tecnos, 2018, pp. 161-173.
- BRIGIDI, Serena; BIROSTA, Jordi. Violencias sexuales según el paradigma de las violencias de género: un proyecto de aprendizaje servicio en enfermería. En: Santamarina, Beaatriz (coord.). *Mujeres y Universidad (sin cifras). La violencia invisible*. Valencia: Neopatria, 2018, pp. 189-212.

- BRIGIDI, Serena; CARDÚS, Laura; AUSONA, Marta. Las auto-representaciones del parto. Una experiencia vivencial: «Altres naixements». En: Boladeras Cucurella, Margarita; Goberna Tricas, Josefina (eds). *Bioètica de la maternidad. Humanització, comunicació y entorn sanitari*. Barcelona: Publicacions UB, 2017, pp. 155-172.
- BUTLER, Judith. *Cuerpos que importan*. Barcelona: Paidós. 2002.
- CANTERO MARTÍNEZ, Josefa. *La autonomía del paciente: del consentimiento informado al testamento vital*. Barcelona: Editorial Bazarzo. 2005.
- CAVARERO, Adriana. *Horrorismo. Nombrando la violencia contemporánea*. Barcelona: Anthropos, 2006
- COMELLES, Josep; BRIGIDI, Serena. Fictional encounters and real engagements: the representation of medical practice and institutions in medical TV shows. En: *Actes d'Història de la Ciència i de la Tècnica*, 2014, vol. 4, núm. 7, pp. 17-34.
- DECOLONIZING THE USVI. *Decolonize Childbirth- Race & Obstetric Violence*. Decolonizing the USVI, 2015. Disponible en: <https://decolonizingtheusvi.com/2015/04/04/race-colonialism-and-obstetric-violence/>.
- DONA LLUM. ASSOCIACIÓ CATALANA PER UN PART RESPECTAT. *Informe néixer en horari laboral*. Dona Llum. Associació Catalana per un Part Respectat, 2018. Disponible en: www.donallum.org/blog/informe-neixer-en-horari-laboral/.
- FORCADES I VILA, Teresa. Evidència científica i principi d'autoritat en salut pública: el cas de les vacunes. En: Martínez-Hernández Àngel; Masana, Lina; DiGiacomo, Susan (eds.). *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*. Tarragona: URV, 2013, pp. 19-34.
- GOBERNA TRICAS, Josefina; BOLADERAS CUCURELLA, Margarita (eds.). *El concepto violencia obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Madrid: Tecnos, 2018.
- JULIANO, Dolores. *Tomar la palabra. Mujeres, discursos y silencios*. Barcelona: Bellaterra, 2017.
- LEAL, Maria Do Carmo, et al. The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. En: *Cadernos de Saúde Pública*. 2017, vol. 33, núm. 1. Disponible en: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso.
- MARÇAL, Maria Merçè. *Llengua abolida. Poesia completa 1973-1998*. Barcelona: Labutxaca, 2017.

- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Àngel. *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos, 2008.
- MENÉNDEZ, Eduardo. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? En: *Alteridades*. 1994, vol. 4, núm. 7, pp. 71-83
- MERRIAM, Sharran. *Qualitative research. A guide to design and implementation*. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.
- PERERA, Dinusha, et al. «When helpers hurt»: women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. En: *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018, vol. 18, núm 1, pp. 211-219.
- REYNAL REILLO, Esperanza. *Consentimiento informado y responsabilidad en el ámbito sanitario*. Pamplona: Editorial Aranzadi, 2017.
- SADLER, Michelle, et al. Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. En: *Reproductive Health Matters*. 2016, vol. 24, núm. 47, pp. 47-45
- SCHALLMAN, Rachel. *Parir en libertad*. Buenos Aires: Grijalbo, 2007.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (SEGO). Violencia obstétrica: Un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable. SEGO, 2018. Disponible en:
<<https://us18.campaignarchive.com/?e=e52bacb293&u=fbf1db3cf76a76d43c634a0e7&id=5a73a608b8/?u=fbf1db3cf76a76d43c634a0e7&id=5a73a608b8&awesome=no&e=e52bacb293>>.
- STAKE, Robert. Qualitative case studies. En: Denzin, N.; Lincoln, Y. (eds.) *The Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage, 2005, pp. 443-466.
- VV.AA. Dossier. Patriarcado en la Facultad de Medicina. En: *Mujeres y Salud*. 2018, núm. 43.
- ZACHER-DIXON, Lydia. Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices. En: *Med Anthropol Q*. 2015, vol. 29, núm. 4, pp. 437-54.