

**¿POR QUÉ NO ME DEJARON?
EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES EN SUS PARTOS**

M^a Jesús Montes Muñoz

Resumen

La casi totalidad de las mujeres acuden a los hospitales para realizar sus partos. Aunque estamos asistiendo a un proceso de concienciación respecto a sus derechos, en las relaciones que ellas establecen con los/as profesionales, se siguen dando experiencias traumáticas en grados diferentes para las mujeres y que recojo con el término “maltrato institucional”. Desde una perspectiva de género analizo las diferentes formas de maltrato que relataron diez mujeres que tuvieron sus partos entre los años 2003-2006 y que, a mi modo de ver, son el reflejo de la situación social real en que se nos posiciona a las mujeres en nuestro contexto.

Palabras clave: género, maltrato institucional, parto.

Abstract

Almost all women go to hospitals to carry out their deliveries. While we are witnessing a process of awareness of their rights, the relationships they establish with the / as professionals, are still traumatic experiences to varying degrees for women and pickup with the term "institutional abuse". From a gender perspective I analyze the different forms of abuse that mentioned ten women who had their deliveries between the years 2003-2006 and, in my view, are a reflection of the actual social situation we are positioned as women in our context.

Key words: gender, institutional abuse, labour (deliverie).

Introducción

El tema de este artículo está centrado en el análisis de algunas de las experiencias que las mujeres relataron de sus partos y que he definido como “maltrato institucional” entendido este como cualquier norma, procedimiento o actuación

procedente de los poderes públicos, o bien derivada de la actuación individual de profesionales que comporta abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, o que viole los derechos básicos de las personas¹.

Los episodios de maltrato institucional en el parto son expresados, pero en una gran mayoría no sentidos como tal, y por ello, no reconocidos. En los relatos habituales sobre el trato recibido, la conformidad parece la tónica. Sólo cuando se muestra interés y se profundiza, las mujeres explican experiencias de miedo, abandono, sentirse nadie, humillación o impotencia, que algunas expresan en un discurso en el que se dan por supuestos o normalizados estos hechos. Que la mujer y la criatura salgan con vida parece ser el único objetivo de la asistencia al nacimiento, justificándose en él las prácticas médicas y las formas en que se llevan a cabo. Así es generalmente aceptado por la sociedad, con lo que muchas mujeres tienden a identificar sus partos como buenos dejando de lado la experiencia del trato que recibieron.

El tema es complejo. Se trata de adentrarse a través del relato y la observación en los espacios hospitalarios, para revisar las relaciones de poder y sus usos sobre las mujeres en los partos. A la medicina como institución, se le reconoce un poder en base al saber sobre la enfermedad y la salud; es en su ejercicio desde donde se pueden generar situaciones que vulneran los derechos de las mujeres.

Se entiende que las relaciones que se establecen con motivo del nacimiento, están influenciadas por el resto de factores políticos, económicos, de valores y por todos aquellos que conforman la estructura del orden social; un orden patriarcal, independientemente desde donde es ejercido², en el que las mujeres nunca han salido beneficiadas, que sigue siendo utilizado para asegurar y legitimar el poder de las instituciones, y mantener el control y subordinación de las mujeres al sistema. Hacer valer el poder en la situación de gran vulnerabilidad en el que se encuentran las mujeres

¹ Definición recogida y adaptada de la Asociación contra el Maltrato Institucional. Disponible en <http://www.maltratoinstitucional.org/marcoport.htm>. Revisada el 23 de mayo del 2007.

² Me refiero a que también las mujeres reproducimos y participamos en el mantenimiento del orden patriarcal.

en sus partos y que esto sea aceptado como una situación normalizada, es una escena muy representativa de los valores sociales vigentes hacia en nuestro contexto.

El objetivo que me propongo es pues recoger y caracterizar las formas de maltrato que se producen durante la asistencia al parto, con la intención de dar voz a las quejas y sentimientos de las mujeres y promover cambios buscando soluciones conjuntas. La metodología utilizada es la cualitativa y las técnicas han sido la entrevista en profundidad y la observación participante. He entrevistado a diez mujeres, ocho de las cuales formaron parte de mi investigación para la realización de la tesis doctoral durante los años 2003/2006, y las otras dos han sido captadas a través de redes informales. La observación en salas de dilatación y partos fue realizada también como parte de la tesis en los mismos años y tanto en hospitales de la Seguridad Social, como concertados y privados. La investigación se llevó a cabo en Tarragona, y sólo una de las mujeres realizó su parto fuera de este contexto.

Estado actual del tema

El estudio más representativo proviene del campo de la antropología. Lo realizan Roberto Castro y Joaquina Erviti (2002) en el contexto mejicano. En su trabajo exploran las experiencias de diferentes modos de violencia institucional a la que son sometidas las mujeres de las que afirman son: “*formas elementales*” de violación de derechos, pero que sus daños no pueden ser evaluados porque no ponen en peligro la salud física de las afectadas. También dicen, es consecuencia de “la construcción de las mujeres como objetos más que cómo personas, y donde por lo tanto, se instrumenta la desacreditación de las mujeres como sujetos con derechos” (Ibidem:262). Castro y Erviti presentan una clasificación de los mecanismos en los que se sustentan estas prácticas en la que tanto profesionales, mujeres e institución están presentes. No parece acertada la interpretación que proponen sobre la participación de las mujeres “víctimas”, a las que se responsabiliza de su propia victimización. Considero se debiera realizar un análisis crítico y profundo desde un enfoque de género que permitiera encontrar

explicaciones más exactas considerando que la institución médica -desde donde se ejercen las formas de maltrato-, ha sido y sigue siendo “uno de los principales pilares sociales a la hora de generar y mantener la subordinación de las mujeres en esta sociedad” (Esteban, 1996:150), que se impone en el ejercicio de su poder desautorizando a las mujeres (Sadler, 2003:146).

En la actualidad está aumentando la toma de conciencia social por la defensa de los derechos de las mujeres en sus partos. Una de las voces en el estado español es la de la abogada Francisca Fernández Guillén (2004), representante de la asociación “El parto es nuestro” cuyos objetivos se dirigen a promover “acciones para reivindicar un mayor respeto y protección hacia los derechos de las madres y los niños” afirmando que: “El modelo actual de atención al parto está superado y constituye un ámbito institucional de discriminación, violencia contra la mujer y privación de los derechos reconocidos por la Ley General de Sanidad y Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente”³. Las mujeres siempre presentaron diferentes formas de resistencia a la asistencia institucional a la que se ven sometidas en el parto (Martín, 1992), que van desde aquellas socialmente imperceptibles a otras más elaboradas y de claro afrontamiento. Hoy sus opiniones, a través de diferentes asociaciones, comienzan a ser escuchadas, como así se deduce del interés que se está mostrando desde el Observatorio de la Mujer hacia las prácticas y las condiciones de asistencia institucional en los partos, con el ánimo de introducir mejoras.

Que es un tema pendiente y polémico se ha comprobado a partir del artículo de Rosa Montero (2006) en un diario de tirada nacional. La autora plantea la crítica a la actual forma de asistencia a los partos en España de la que afirma: “Me han contado diversas situaciones indignantes que han tenido que soportar -las mujeres- para dar a luz”, y que califica de “historias tristes”. A partir de su breve exposición se han ido publicando diferentes respuestas, unas a favor y otras en contra, generalmente estas últimas desde profesionales que defienden sus prácticas de las que algunos/as culpan de

³ Estos párrafos corresponden a la presentación de la página que la asociación “El parto es nuestro” en la dirección: <http://www.elpartoesnuestro.es>

nuevo a las propias mujeres. Quien se manifiesta a favor habla de “infantilización y sufrimiento”, al que fueron sometidas, o de prácticas médicas obsoletas que se les realizaron generándoles vivencias de “fracaso” o de salir “con cicatrices físicas y emocionales”. El parto, subraya Montero (2006), no debiera ser un trauma o tener “la sensación de maltrato que a menudo experimentan las mujeres”.

Si bien se están introduciendo cambios, el maltrato en las instituciones se reconocerse cuando desde el protocolo para la asistencia al parto editado por la Generalitat de Catalunya (2003:103), se recomienda “que los centros asistenciales sean capaces de modificar su actuación para que la mujer y pareja no se sientan agredidos”. También se encuentran referencias en diferentes partes del mundo (Sadler, 3003), de tal manera que se han formado asociaciones internacionales para “un parto respetado”⁴. La amplitud del problema está llegando a categorizar la experiencia en algunos casos como “Síndrome de Estrés Postraumático”, diagnóstico que se da a los síntomas que padecen algunas mujeres tras sus partos y para los que se ofrecen tratamiento.

Pero este es un problema complejo que va más allá de las relaciones entre mujeres y profesionales, en las que se pone de manifiesto la organización del orden social que incluye estructuras más amplias, y cuya génesis está enraizada en las desigualdades sociales inculcadas entre hombres y mujeres. Bourdieu (2000) da una explicación para entender el mantenimiento de las diferencias de poder y opresión a las mujeres a partir de la “*violencia simbólica*” o poder que actúa a través de su inscripción en los cuerpos; una “acción transformadora tanto más poderosa en la medida en que se ejerce en lo esencial, de manera invisible e insidiosa, a través de la familiarización insensible con un mundo físico simbólicamente estructurado y de la experiencia precoz y prolongada de interacciones penetradas por unas estructuras de dominación” (2000:54-55). El autor se muestra pesimista respecto a la producción de cambios en estas estructuras porque, afirma, sus efectos son difíciles de “anular con un mero esfuerzo de la voluntad” (2000:55).

⁴ Ver <http://www//smar.info>; www.tobinatal.com.ar; www.dandoaluz.org.ar; www.pangea.org/pdn.

Pero las sociedades evolucionan y los efectos de esta violencia simbólica son cada vez más sentidos y traducidos por las mujeres y algunos/as profesionales como experiencias de violencia física o maltrato, enfrentándose y poniendo de manifiesto las contradicciones en los discursos de una sociedad que se autodefine como democrática e igualitaria. No cabe la duda de que, estos grupos de mujeres, aunque minoritarios o subalternos, son “actores sociales y agentes culturales de cambio” (Esteban, 2001:34), que están dando como resultado modificaciones en la atención institucional al parto donde los derechos de las mujeres como sujetos sociales tienden a ser respetados.

Análisis de las experiencias

Las relaciones que se establecen entre mujeres y profesionales son jerárquicas y asimétricas (Menéndez, 1984:9), y todo el personal, independientemente de la posición que ocupe, tiende a reproducirlas. Así, el maltrato institucional puede ser ejercido y/o tolerado desde cualquiera de los/as profesionales. Las formas de maltrato son resultado de estas relaciones donde las mujeres son consideradas “pacientes”, con lo que se espera respondan según las características del término que, por otro lado, también se fomentan en la relación. Estas características son entre otras, la pasividad, la aceptación, la sumisión y la obediencia que se imponen haciendo uso del poder. Las mujeres pueden ser maltratadas cuando en la práctica de esta relación normativa llega a anularse su condición de sujetos sociales con derechos como se analiza a continuación.

Adaptación a las normas

Desde que la mujer entra en el hospital con motivo de su parto, tiene que adaptarse a toda una serie de rituales normativos a través de los que se define y adquiere su estatus de paciente.

Una de las prácticas más generalizadas es el aislamiento o privación de la presencia de un familiar, posición que en general ocupa la pareja. Aunque teóricamente

toda persona usuaria del hospital tiene derecho a ser acompañada por quien ella elija, en el parto se ha visto cómo en demasiadas ocasiones se le restringe la entrada sin un razonamiento que lo justifique, y que está más relacionado con la voluntad o decisión del/a médico responsable del área. Así, algunas mujeres permanecieron solas durante gran parte proceso, situación que, además del temor y desamparo que les generó, fue una experiencia traumática para dos de ellas cuyas parejas no pudieron estar presentes en el momento del nacimiento. “Yo pregunté si podía entrar mi marido. Me dijeron que más tarde. Venga a esperar, pasaban y no me decían nada y lo volví a preguntar. Luego ya todo fue tan rápido...”

Las mujeres reciben mensajes de forma más o menos directa sobre la conveniencia de adaptarse a las normas y someterse a las indicaciones del personal sanitario como garantía de su seguridad y la de la criatura:

Me dijeron que me dejase llevar por las decisiones que ellos tendrían que tomar en el sentido de que no pusiera problemas ¡Que me dejara llevar! Me lo dijeron tanto las comadronas como el médico.

En la promoción de la obediencia se utiliza en no pocas ocasiones la amenaza sobre el bienestar fetal. Frases como: “Si no te estás quieta no podemos saber cómo está tu hijo” o “Tú quieres lo mejor para él ¿no?” inducen a las mujeres a comportamientos de sumisión y al acatamiento incuestionado de las órdenes.

Desvalorización de sus sensaciones e invalidación

En general me refiero a la percepción del dolor. Aunque la analgesia epidural está disponible y se administra a todas las mujeres, cuando sus efectos no responden a la intensidad o duración esperada y ellas lo indican, pueden tener dificultades en que sus demandas sean escuchadas: “Llevas la epidural, esto no te puede doler” o “Qué quejica eres” son frases que se utilizan negando las percepciones de las mujeres.

Otro de los dolores poco aceptado es aquel causado por el personal sanitario como consecuencia de las múltiples y repetidas exploraciones puesto que, a las intervenciones consideradas terapéuticas, parece atribuírseles la propiedad del “no dolor” y, aunque las mujeres se quejen, pueden no ser atendidas o ser recriminadas: “¿Qué? ¿Qué te pasa? Como diciendo: esto no te ha de doler ¿no? Es algo así como... que si te duele, te aguantas, que no lo expreses, que te calles”.

Respecto al dolor y en sentido contrario al revisado hasta ahora, se dan situaciones en las que las mujeres llevan bien las contracciones y se manifiestan contrarias al uso de analgésicos. Frases repetidas como “No hace falta que resistas, esto no es una competición” o “No tienes que demostrar nada” van minando sus decisiones cuando no, se les administra alguno de estos medicamentos sin su permiso como relató esta mujer:

Entonces la anestesista me dijo: te voy a poner algo para que no te duela. Digo: si es esto, yo lo aguanto bien porque... más que dolor era una molestia. ¡No te quieras hacer la valiente! Y en esto me puso algo y me durmió justo cuando ella fue a nacer.

Para esta mujer fue un trauma no estar consciente en el nacimiento de su hija y reforzado en que no se permitió la entrada a ningún familiar. Había pasado un año y el llanto surgió a lo largo de toda la entrevista. Finalizó afirmando: “Estuve muy triste. Lo voy asumiendo. Yo creo que nos invalidan a las mujeres, no nos hacen caso”.

Anulación cómo sujeto social

La presencia de las mujeres como sujetos sociales puede ser anulada de diferentes maneras. La una de forma directa como he reflejado anteriormente o como también relató esta mujer:

Automáticamente me pusieron una vía y me dijeron: ahora te vas a sentir como si te hubieras tomado una copa de más, te hemos puesto un relajante. Ya

empecé a notar el efecto de sentirme como drogada... muy drogada, muy mareada y con un sueño... Me sentía que no era dueña de mi ni de las contracciones... me sentía muy mal”.

La otra, a partir de convertir a las mujeres en objetos de trabajo, esto es, cosificándolas, percepción que se va reafirmando a lo largo de todo el proceso a través de las diferentes prácticas de interrelación como son:

a) *No presentarse*. Las mujeres, con más frecuencia en los hospitales públicos, no conocen la mayoría de las veces el nombre ni el grado profesional de las personas por quienes es asistida. Estos/as entran y salen de la habitación, revisan la historia clínica sin dirigirse a ella, dando la sensación de su invisibilidad: “No te miran a la cara, yo me sentía allí fatal; como que no existiera”.

b) *Falta de intimidad*. La tendencia es dejar las puertas abiertas, se realicen o no intervenciones. La mujer permanece a la vista de quien transita por el pasillo, independientemente de la ropa o partes del cuerpo que la cubran. Tener los espacios abiertos y sin obstáculos para la libre circulación, parece ser una necesidad en las áreas médicas.

c) *Cosificación*. La mujer como objeto de trabajo puede sufrir exploraciones repetidas realizadas por diferentes profesionales que, como he apuntado, no se han presentado. Esta situación se da más en los hospitales universitarios justificado en el aprendizaje de los/as alumnos/as, pero no siempre. Una de las parejas lo vivió así: “Allí todo el mundo metía la mano, lo menos eran cinco o seis; como si fuera una hucha. Sólo faltaba yo; si me pongo una bata blanca también meto la mano”.

Otra de las prácticas que denota la cosificación es evidente cuando se le indica a la mujer desplazarse de una sala a otra. Vestida con un camisón que deja al descubierto parte de su cuerpo y los pies descalzos o levemente protegidos, nos trae la imagen de la pérdida de dignidad y el sometimiento a los que ha tenido que adaptarse.

Desvalorización de la participación de las mujeres

Que el parto es un asunto de expertos/as (Montes 2007) parece ser asumido tanto por estos como por las mujeres. Los/as profesionales tienen un protagonismo incuestionable y las mujeres, aunque son las que paren, un rol secundario (Castro y Erviti, 2002:255); el de “colaborar”, palabra que se utiliza tanto para llamar al orden si es necesario, como para pedir la participación de la mujer en el nacimiento si los/as profesionales lo deciden: “Ahora tienes que colaborar, ahora depende de ti. Yo empujaba lo que podía y no, ¡otra vez!”.

En este aprendizaje han sido inculcadas desde los cursos de preparación a la maternidad pero, la poca colaboración o su ineficacia, justifican la realización de técnicas para la extracción de la criatura y a las mujeres les queda la percepción de inutilidad o culpa porque “creo que no sabía empujar bien” o:

Tengo la sensación de que no hice nada ¡Empuja! Sólo hice un empujón... y ya está, te lo sacamos y punto. Lo sacaron y dijo: bueno, con una horita lo podías haber hecho tú sola. O sea ¿para qué me lo sacaron con fórceps? Además ¡que te lo digan tan cómodamente!

Pedir la colaboración de la mujer se convierte a veces en un mero trámite de marketing para “hacer ver”, puesto que el poder y decisiones sobre el desarrollo del parto están íntegramente en manos profesionales.

Promoción de la infantilización y uso del engaño

Las relaciones descritas hasta ahora pueden ser acompañadas de procesos que sitúan a las mujeres en una posición de niñas a las que hay que premiar o castigar. Apelativos como “chata”, “bonita” u otros, traen la imagen de una mujer empequeñecida, poniéndose de manifiesto el ejercicio de un poder vertical.

Tardaron una hora en ponerme la epidural. Dos enfermeras me tenían sujeta y decían: chata, o te estás quieta o no te la ponemos. Yo solo decía lo siento, lo siento. Chata, es que eres muy sensible.

Con esta mujer fue difícil aplicar la analgesia. Se intentó varias veces dándole información que modificaba la realidad. Ella sacó la siguiente conclusión:

Sentí un par de veces o tres ¡un pinchazo...! Es que no se que te hacen allí, la verdad ¡es que me hizo un daño! Es que soy tan sensible que hasta el roce de una uña creía que me estaban pinchando.

Dar información sesgada, modificada o hasta engañosa es una práctica desde la que se busca la conformidad de la mujer sin considerar su capacidad de decisión o juicio; como si de una criatura se tratara:

La comadrona me dijo que estaba de cinco. Yo pensé ¿cinco? Pues si me duele tanto que me pongan la epidural. Luego al anestesista le dijo que estaba de siete y claro, si me lo hubiera dicho... hubiese pensado ¡ya estoy adelantada! Y a lo mejor no me la pongo.

Episodios de engaños con diferentes repercusiones para las mujeres y sus parejas suelen darse de forma tan habitual, que difícilmente se reconocen como tal. Por ejemplo a una de ellas le dijeron que “la niña tenía prisa por nacer” cuando en realidad, se había activado el parto con oxitocina y en otra se justificó el uso del fórceps porque: “El niño estaba torcido. Me dijeron que estaba un poco encallado... pero ¿cómo encallado? Y claro, luego vi que cuando salí yo entró otra. Creo que fueron las prisas ¡pero qué rabia!”.

Promoción de la culpa

La última forma de agresión a la que quiero hacer referencia es a la relación más o menos velada que todavía se establece entre el sufrimiento del parto y el placer de la concepción. Es utilizado por algunos/as profesionales para controlar a la mujer o

simplemente como comentario jocoso. Así, un médico recuerda a la mujer que con quien tiene que estar enfadada es con su marido, puesto que “es quien te ha hecho estar aquí”. En otras ocasiones ante las quejas de la mujer surgieron frases cómo: “Cuando estaba esquiando no se acordó” o “Te lo tenías que haber pensado antes”, que conforman la representación de la responsabilidad/culpa de su sufrimiento como consecuencia de su participación en el placer sexual, vieja idea de la religión católica.

Otras maneras de promoción de la culpabilidad se dan en algunas de las situaciones ya vistas, sobre todo en la demanda de colaboración donde, si la mujer no responde adecuadamente, se le recordará que el parto podía haber ido mejor, bien por los resultados como por la duración o el dolor:

Me dolía una barbaridad aquello. El médico: “¡Aprieta!”. Yo, que no puedo, que me duele... “¡Que aprietes!”... “Pues vamos muy mal ¿he?, así vamos muy mal, no acabaremos nunca”. No lo hacía bien según él.

A modo de reflexión

Quiero hacer constar algunas observaciones que considero de interés. Los aspectos que resaltan las mujeres se refieren en su mayoría al trato recibido. Una vez finalizado el parto del que han salido indemnes –con vida– tanto ella como la criatura, relativizan las experiencias desagradables: “De eso mejor no acordarse, no lo he hablado con nadie”. Afirman que están contentas y que se han sentido bien tratadas, pero a lo largo del relato se van sucediendo imágenes mezcla de soledad, sentimientos de miedo, impotencia, vergüenza, abandono etc., y aparentemente, ninguna de las mujeres mostraron sentirse afectadas por el trato recibido en la primera entrevista. Fue posteriormente entre el segundo y cuarto mes del postparto que pudieron expresar sus sentimientos.

Parece que los episodios de maltrato en el parto, puesto que no dejan huellas visibles, son aceptados socialmente como sucesos posibles debido a la tensión del

acontecimiento. Las mujeres están comenzando, aunque tímidamente, a hablar de ello, pero suelen ser acalladas cuando se hace alusión al agradecimiento que deben sentir por el bienestar y salud de la criatura y el suyo, tras haber pasado por una experiencia potencialmente arriesgada. No se les permite expresar sentimientos.

Por otro lado, aún siendo verbalizado el maltrato recibido, prevaleció la tendencia –menos en una mujer– a justificar a los/as profesionales entendiendo que se daban bien “porque había poco personal” o “estaban de prácticas”, porque “debe ser la costumbre” o porque consideraron son “pequeños detalles”; pero también porque “Yo no sabía empujar” o “me puse muy nerviosa”.

En la estructura de estas relaciones se pone de manifiesto la dinámica de la violencia simbólica que se ejerce desde el poder para mantener la dominación “en nombre de un principio simbólico conocido y admitido tanto por el dominador como por el dominado” (Bourdieu, 2000:12). En este constructo simbólico estamos socializados y toda la sociedad lo comparte. Es por esto que se hace difícil entender o aceptar el trato que reciben las mujeres como maltrato y tanto por ellas como por los/as profesionales. Pero aún así, va a repercutir en sus vidas.

Las consecuencias entre las mujeres del estudio han sido diferentes y relacionadas, –sobre todo en los casos más graves–, con la no consideración y respeto hacia los valores y deseos personales que consideraban importantes. Tres mujeres presentaron depresión en el primer mes del postparto y en otra se prolongó durante tres meses. Las expresiones con que nombraron sus sentimientos fueron: tristeza, sensación de fracaso, desvalorización, culpa, congoja e impotencia.

Conclusiones

Hemos visto que en las relaciones y las prácticas que se dan para la asistencia al parto, las mujeres experimentan diferentes formas de maltrato. Esto no supone que todas lo vivan como tal, o que todos/as los/as profesionales sean partícipes conscientes de ello pero, en una interacción rígida, marcadamente jerárquica, donde se utiliza el

saber como poder, es lógico que se produzcan desencuentros. Las formas de maltrato institucional permanecen en la estructura del propio sistema.

Una sugerencia para su reducción o anulación es el establecimiento de relaciones tendentes a la horizontalidad donde los valores y necesidades de ambas partes puedan ser consensuados. En este sentido, considero que se está haciendo un esfuerzo en aquellos centros que han promovido o aceptado el “plan de parto” como reflejo de los deseos y proyectos de la mujer y pareja, y con la voluntad de que lo allí reflejado, será respetado.

Como segunda propuesta, es necesario promover investigaciones más amplias y profundas sobre las experiencias de las mujeres y las consecuencias que generar para que, haciéndose público, se pongan soluciones.

Finalmente, puesto que las comadronas son quienes permanecen más tiempo con las mujeres, se debiera aumentar su formación en el ámbito de las necesidades en el parto pero sobre todo, desde un enfoque desde el que se contemplen sus derechos, se fomente el respeto por sus decisiones y se aumente su autonomía. Las comadronas debieran ser la garantía de apoyo para las mujeres en sus partos.

BIBLIOGRAFÍA

- BOURDIEU, P. (2000) *La dominación masculina*. Barcelona. Anagrama.
- CASTRO, R. y ERVITI J. (2002) “La violación de los derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio”. En Rico, López y Espiniza (coords.) *Hacia una política de salud con enfoque de género*. México: SSA-UNIFREM. 245-263.
- ESTEBAN, M.L. (1996) “Relaciones entre feminismo y sistema médico científico”. En Ortiz Gómez y Becerra Conde (Eds) *Mujeres de Ciencias. Mujer, Feminismo y Ciencias Naturales, Experimentales y Tecnológicas*. Universidad de Granada. Instituto de Estudios de la Mujer. Granada. 143-184.
- (2001) “El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud”. En Miqueo et al (comp) *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid. Minerva. 25-51.
- FERNÁNDEZ GUILLÉM, F. (2004) “El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención Materno-infantil”. *Ob Stare. El mundo de la maternidad*. 12:53-61
- MARTIN, E. (1992) *The woman in the body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston. Beacon Press. (1º Ed, 1989)
- MENÉNDEZ, E. (1984) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Ciesas. México. Cuadernos de la Casa Chata. 86.
- MONTERO, R. (2006) “El desastre de parir”, *El país Semanal*. Nº 1559:90.
- MONTES, M.J. (2007) *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis Doctoral del Departamento de Antropología Social y Filosofía de la Universidad Rovira y Virgili (Tarragona). Próxima publicación en el TDX.
- PROTOCOL D’ASISTENCIA AL PART I AL PUERPERI I D’ATENCIÓ AL NADÓ (2003) *Generalitat de Catalunya*. Barcelona. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

SADLER, M. (2003) *Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario*. Santiago. Universidad de Chile. Departamento de Antropología. Tesis para optar al título de Antropóloga. Sin publicar.