

Laura Rivera Mañé, Wanda Martina Vaigorria

**“La violencia llamada protocolo”: Atención
obstétrica, género y control del cuerpo gestante. Un
estudio cualitativo.**

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. Montserrat Pérez Martí

Enfermería



**UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI**

Facultat d'Infermeria

Vilafranca del Penedès 2025-2026

*No acepto las cosas que no puedo cambiar, estoy cambiando las cosas que
no puedo aceptar - **Angela Davis** (Intelectual y activista del feminismo negro).*

AGRADECIMIENTOS

Quería empezar por ti, mamá. Hoy, al llegar hasta aquí, siento que cada paso que he dado lo he dado contigo a mi lado. Tras mil batallas compartidas, sigo luchando por un mundo feminista, un mundo donde ninguna otra madre o hija tenga que sufrir lo que nos tocó vivir a nosotras.

A mis amigas, que con su cariño y su fuerza me han sostenido día tras día, gracias por ser mi refugio y mi impulso. A mi compañera Laura, con quien he tejido cada palabra y cada idea de este trabajo, gracias por la complicidad, la paciencia y la pasión compartida.

A todas las personas que me han acompañado en el camino, y a todas las mujeres que, en algún momento, han tenido que enfrentarse a la violencia machista, este trabajo es también un homenaje a su resistencia.

Por un feminismo que no deje a nadie atrás: consciente de clase, trans-incluyente e interracial. Que nuestra lucha sea memoria, conciencia y esperanza.

Expressar el meu sincer agraïment a la meva família pel suport incondicional que m'han brindat al llarg d'aquest projecte i de tota la meva trajectòria acadèmica. Als meus pares, gràcies pel seu carinyo, confiança i paciència; res d'això hauria estat possible. A la meva germana, que, tot i les distàncies, sempre m'ha animat i acompanyat.

També vull mencionar les meves àvies, les dones més fortes que mai he conegut. Tot i que una d'elles ja no hi és, totes dues han deixat una empremta al meu cor. La seva força, valentia, independència i saviesa han estat una guia que m'ha acompanyat en tot moment i que sempre porto amb mi.

No deixar-me a la meva companya, Wanda Martina. Hem pogut realitzar aquest treball, juntant les nostres idees i creant una història. Història que només marca un inici del que serem en un futur.

A la nostra tutora, Montserrat Pérez, per la seva guia, dedicació, confiança i ajuda en aquest projecte de final de grau. A les llevadores, que sense la seva informació i comunicació, no haguéssim pogut realitzar aquest treball.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 PREGUNTA PICO.....	3
2. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1 LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	4
2.2 ANÁLISIS SITUACIONAL.....	5
2.3 PLAN DE PARTO.....	6
2.3.1 ¿QUÉ ES EL PLAN DE PARTOS?.....	6
2.3.2 ¿OBJETIVOS PLAN DE PARTOS?.....	7
2.3.2.1 Objetivos generales.....	7
2.3.2.2 Objetivos específicos.....	7
2.4 PARTO INSTRUMENTALIZADO Y PARTO NATURAL EN ESPAÑA HOSPITALES PRIVADOS Y HOSPITALES PÚBLICOS.....	7
2.5 CONSTRUCCIÓN DE LA MEDICINA Y CONTROL DEL CUERPO GESTANTE.....	8
2.5.1 LA CONSTRUCCIÓN ANDROCÉNTRICA DE LA OBSTETRICIA Y SU IMPACTO EN LA EXPERIENCIA DE PARTO.....	8
2.5.2 INVISIBILIZACIÓN DEL DOLOR FEMENINO.....	9
2.5.3 NORMALIZACIÓN DEL SUFRIMIENTO: “PARIR DUELE, ES NORMAL”.....	9
2.5.4 INFANTILIZACIÓN DE LA MUJER GESTANTE.....	10
2.5.5 RELACIÓN ASIMÉTRICA DE PODER EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA.....	10
2.5.6 VIOLENCIA SIMBÓLICA EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA.....	11
2.5.7 PATERNALISMO MÉDICO FRENTE A AUTONOMÍA DE LA MUJER GESTANTE.....	11
2.6 TEORÍA DE ENFERMERÍA - MARIE FRANÇOISE COLLIÈRE.....	11
2.7 TEORÍA DE ENFERMERÍA - DR. CARME VALLS-LLOBET.....	13
2.8 INTEGRACIÓN TEÓRICA: EL CUIDADO COMO PRÁCTICA ÉTICA Y	

POLÍTICA EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA.....	14
3. OBJETIVOS Y/O HIPÓTESIS.....	17
3.1 HIPÓTESIS.....	17
3.2 OBJETIVO GENERAL.....	17
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
4. METODOLOGÍA.....	18
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	18
4.2 POBLACIÓN.....	18
4.3 LUGAR DEL ESTUDIO.....	18
4.4 PERÍODO DEL ESTUDIO.....	19
4.5 ACCESO FORMAL AL CAMPO Y PROCESO DE TRABAJO.....	19
4.5.1 DIARIO DE CAMPO.....	19
4.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	21
4.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	21
4.8 MUESTRA.....	22
4.9 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS.....	22
4.10 ANÁLISIS.....	23
4.11 TRIANGULACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	24
4.12 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	24
4.13 FILTROS UTILIZADOS.....	24
4.14 BASES DE DATOS CONSULTADAS:.....	26
4.15 PALABRAS CLAVE UTILIZADAS:.....	26
5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	27
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	28
7. RESULTADOS.....	29
8. DISCUSIÓN.....	47
9. CONCLUSIÓN.....	50
10. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS.....	52

11. TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO.....	53
12. BIBLIOGRAFÍA.....	54
13. ANEXOS:.....	61

ÍNDICE DE TABLAS Y ANEXOS

Tabla 1: Tabla de abreviaturas.....	7
Tabla 2. Términos MeSH.....	24
Tabla 3. Términos DeSH.....	25
Tabla 4: Análisis de las entrevistas.....	29
Tabla 5: Distribución de los neonatos según el tipo de parto y la titularidad del centro.	62
Tabla 6: Cronograma.....	174

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfica 1: Porcentaje de trauma obstétrico en parto vaginal en hospital del SNS.....	61
--	----

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1: Noticia 1.....	62
Imagen 2: Noticia 2.....	63
Imagen 3: Noticia 3.....	63
Imagen 4: Noticia 4.....	64
Imagen 5: Noticia 5.....	64
Imagen 6: “Tu parto, sus normas”. Percepciones de las matronas sobre el parto y la violencia obstétrica.....	173

TABLA DE ABREVIATURAS

Tabla 1: Tabla de abreviaturas

Fuente: Elaboración propia.

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
SISCAT	Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya
OMS	Organización Mundial de la Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
EIR	Enfermera Interna Residente
TFG	Trabajo de Fin de Grado
CAP	Centro de Atención Primaria
CODITA	Col·legi Oficial d' Infermeres de Tarragona
CODITOR	Col·legi Oficial d'Infermeres de Tortosa
COIB	Col·legi Oficial d'Infermeres de Barcelona
ACL	Associació Catalan de Llevadores
FAME	Federación de Asociaciones de Matronas de España
CNDE	Conferencia Nacional de Decanos de Enfermería
M1	Matrona especialista número 1
M2	Matrona especialista número 2

M3	Matrona especialista número 3
M4	Matrona especialista número 4
M5	Matrona especialista número 5
M6	Matrona especialista número 6

RESUMEN

La violencia obstétrica constituye una forma de violencia estructural y de género que afecta la autonomía, la dignidad y la experiencia de las mujeres durante la atención al parto. Las prácticas y protocolos clínicos pueden condicionar la intervención obstétrica y el control del cuerpo gestante, especialmente en contextos asistenciales marcados por dinámicas jerárquicas, medicalización y desigualdades estructurales.

El objetivo de este estudio fue conocer las experiencias y vivencias de las comadronas respecto a las prácticas y protocolos clínicos que condicionan la intervención del parto y el control del cuerpo de las gestantes. Se realizó un estudio cualitativo temático con enfoque fenomenológico mediante entrevistas semiestructuradas a seis matronas con experiencia en el ámbito público y privado. Los datos fueron analizados a través de un análisis temático inductivo.

Los resultados evidencian que la atención obstétrica está influenciada por factores estructurales como la sobrecarga asistencial, la falta de recursos y las dinámicas jerárquicas dentro del sistema sanitario. Las participantes describen tensiones entre el modelo biomédico intervencionista y el cuidado centrado en la mujer, identificando prácticas normalizadas que pueden constituir violencia obstétrica, especialmente relacionadas con la falta de consentimiento informado, la infantilización de la gestante y la limitación de la autonomía profesional de las matronas. Asimismo, se observan diferencias entre la sanidad pública y privada en relación con el grado de medicalización y el respeto al plan de parto.

Se concluye que los protocolos asistenciales actuales continúan limitando y priorizando el control sobre el cuerpo gestante frente a una atención respetuosa y centrada en la mujer. Resulta necesario promover prácticas basadas en la evidencia, la autonomía y los cuidados humanizados.

Palabras clave: Violencia Obstétrica, Hospitales Privados, Hospitales Públicos, Matronas, Cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Obstetric violence constitutes a form of structural and gender-based violence that affects women's autonomy, dignity, and childbirth experience during obstetric care. Clinical practices and protocols may condition obstetric intervention and the control of the pregnant body, especially in healthcare contexts marked by hierarchical dynamics, medicalization, and structural inequalities.

The aim of this study was to explore midwives' experiences and perceptions regarding the clinical practices and protocols that condition childbirth intervention and the control of pregnant women's bodies. A qualitative thematic study with a phenomenological approach was conducted through semi-structured interviews with six midwives experienced in both public and private healthcare settings. Data were analyzed using inductive thematic analysis.

The findings reveal that obstetric care is strongly influenced by structural factors such as workload, lack of resources, and hierarchical dynamics within the healthcare system. Participants described tensions between the interventionist biomedical model and woman-centered care, identifying normalized practices that may constitute obstetric violence, particularly those related to the absence of informed consent, the infantilization of pregnant women, and the limitation of midwives' professional autonomy. Differences were also observed between public and private healthcare systems regarding the degree of medicalization and respect for birth plans.

The study concludes that current healthcare protocols continue to prioritize control over the pregnant body over respectful and woman-centered care. It is necessary to promote evidence-based practices, women's autonomy, and humanized care.

Keywords: Obstetric Violence, Private Hospitals, Public Hospitals, Midwifery, Nursing Care

1. INTRODUCCIÓN

La vulneración de derechos en la atención obstétrica se reconoce actualmente como un problema de salud pública que afecta la seguridad, el bienestar y la experiencia de las mujeres durante la atención reproductiva. La Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra las mujeres afirma que “las prácticas violentas ejercidas durante el parto y en otros servicios de salud reproductiva, configuran un fenómeno de carácter generalizado y sistemático”. Desde el ámbito sanitario, este fenómeno puede generar consecuencias físicas y emocionales, y disminuir la confianza en los servicios de salud. Incorporar una perspectiva de género permite comprender cómo determinadas prácticas asistenciales han ignorado históricamente las necesidades y derechos de las mujeres. (1)

Según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (2023), en España, se atendieron un total de 321.760 partos, de los cuales 78.364 finalizaron en cesárea (24,7%). La tasa de cesáreas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud, fue del 22,4%, mientras que en el sector privado, ascendió al 34,5%. Según datos de la OCDE aborda la violencia obstétrica principalmente en el contexto más amplio es decir, en los sistemas de salud y la calidad de la atención materna que comparan 22 Estados Miembros, España ocupa la decimotercera posición en la realización de cesáreas, con una tasa de 242,2 procedimientos por 1.000 nacidos vivos.

Los porcentajes de trauma obstétrico en partos vaginales, tanto no instrumentados como instrumentados, se consideran indicadores de resultado dentro de la atención perinatal, específicamente en relación con la seguridad. Una elevada incidencia de desgarros perineales severos (grados III y IV), puede señalar deficiencias en la asistencia al parto. La evidencia científica muestra que el uso indiscriminado de la episiotomía, incrementa los riesgos y la morbilidad materna, especialmente al aumentar la probabilidad de desgarros perineales severos. En los hospitales del Sistema Nacional de Salud, los desgarros de grado III y IV se registraron en el 1,05% de los partos vaginales no instrumentales y en el 5,29% de los instrumentales. Además, el porcentaje de partos inducidos fue del 27,5% (2).

Según los indicadores de la salud perinatal en Cataluña (2024), se muestran diferencias

entre la salud, es decir, muestran diferencias claras entre la sanidad pública y privada. En los centros del SISCAT, el parto vaginal es mayoritario (65,3%), mientras que en los centros privados esta proporción disminuye al 54,3%. Por el contrario, la cesárea es más frecuente en el ámbito privado (37,2%) que en el público (25,9%), evidenciando un modelo asistencial más intervencionista. Por su parte, el parto instrumentalizado presenta cifras similares en ambos sectores, alrededor del 8,5%, lo que sugiere que su uso depende principalmente de la situación clínica y no de la titularidad del centro. Para más información consultar anexos. (*Anexo 2*) (3)

Estos datos ponen de manifiesto la importancia de analizar la violencia obstétrica y las prácticas intervencionistas, considerando tanto la seguridad y los resultados clínicos como los derechos de las mujeres.

La violencia obstétrica constituye un problema de salud pública que afecta a la seguridad, la calidad asistencial y los derechos de las mujeres durante la atención al parto. Pese a la existencia de una amplia evidencia científica, basada en revisiones sistemáticas y estudios cualitativos, persisten diferencias significativas en las prácticas clínicas y en las dinámicas asistenciales, especialmente en relación con el grado de medicalización del parto y el uso de intervenciones como la cesárea. Asimismo, se observan desigualdades entre la sanidad pública y privada, lo que evidencia la falta de una aplicación homogénea de las recomendaciones basadas en la evidencia. (4)

Desde una perspectiva de género, resulta imprescindible analizar cómo estas prácticas continúan condicionando la experiencia de las mujeres y vulnerando, en determinados casos, sus derechos. En este contexto, el estudio de la violencia obstétrica desde la experiencia de las matronas adquiere especial relevancia, dado su papel central en la atención al parto fisiológico y humanizado. Este Trabajo de Fin de Grado, contribuye a identificar barreras y oportunidades de mejora, promoviendo una atención perinatal más segura, equitativa y centrada en la mujer. Como futuras enfermeras y matronas, es importante que identifiquemos las necesidades de todas aquellas mujeres que nos encontremos durante nuestra trayectoria profesional desde una perspectiva holística para poder crear una relación terapéutica eficiente y mejorar su experiencia de parto.

Dada la presente argumentación, nos hemos planteado la siguiente cuestión: **¿Cuáles son las prácticas y protocolos clínicos que condicionan la intervención del parto y el control del cuerpo de las gestantes, a través de las experiencias de las comadronas?**

1.1 PREGUNTA PICO

- P: Matronas.
- I: Percepciones y experiencias sobre la violencia obstétrica, la medicalización del parto y el respeto al plan de parto.
- C: Atención obstétrica en sanidad pública vs sanidad privada.
- O: Impacto en la autonomía de la mujer, el control del cuerpo gestante y la práctica profesional de las matronas.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La violencia obstétrica es la combinación de prácticas deshumanizadas, intervenciones no consentidas y trato irrespetuoso durante el embarazo, parto o puerperio. Aunque el término es reciente, sus raíces se relacionan con la medicalización intensiva del parto iniciada en los siglos XIX y XX. Esto causó que las matronas progresivamente fueran desplazadas y consolidó modelos de atención centrados en la autoridad médica. La literatura actual subraya que esta transformación histórica sigue influyendo en el trato que reciben las mujeres hoy en día, especialmente en entornos institucionales donde predominan rutinas protocolizadas sobre el acompañamiento individualizado. (5) (6)

El reconocimiento del concepto de violencia obstétrica constituye un punto de controversia en el ámbito sanitario. Mientras organismos internacionales y parte de la literatura científica lo definen como un conjunto de prácticas que vulneran los derechos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos ha rechazado este término al considerar que “no se ajusta a la realidad” y que “criminaliza a los profesionales sanitarios”. (7) En la misma línea, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia ha mostrado su preocupación por el uso del término “violencia”, al entender que puede deteriorar la relación médico-paciente. Esta divergencia, pone de manifiesto un conflicto conceptual y ético en torno a la denominación de determinadas prácticas obstétricas, evidenciando que el debate no se limita a la existencia del fenómeno, sino al reconocimiento de su significado y sus implicaciones en términos de responsabilidad profesional y derechos reproductivos. (8) (9)

Hoy en día, diversos titulares en la prensa evidencian que este tema continúa siendo relevante y está muy presente en la actualidad. (*Anexo 2*)

2.2 ANÁLISIS SITUACIONAL

Los estudios publicados entre 2020 y 2025 han aportado cifras particularmente reveladoras. Un metaanálisis global de 2025 estimó que más del 54% de las mujeres en todo el mundo, experimenta algún tipo de maltrato o desrespeto durante el parto

institucionalizado. (5) Este dato, consistente con investigaciones europeas recientes, muestra que el problema no es aislado ni propio de sistemas de salud vulnerables, sino que atraviesa países con distintos niveles de recursos. (6) La evidencia también indica que, una proporción relevante de estos actos, incluye intervenciones sin consentimiento informado, negligencias y comunicación deficiente, lo que configura una forma de violencia estructural más que episodios individuales. Sin embargo, los modelos de atención liderados por matronas, han demostrado mejorar la satisfacción materna y reducir la tasa de intervenciones innecesarias, consolidando su papel como agentes claves en la promoción del parto respetado. (16)

Por otro lado, el papel de las matronas está centrado en el reconocimiento y la prevención de la violencia obstétrica. Un estudio español de 2021 evidenció que, aunque la mayoría de las matronas conoce el concepto, una parte significativa no lo identifica como mala praxis, lo que sugiere la normalización estructural y cultural de ciertos comportamientos. Estudios de 2023 y 2024, remarcan que fortalecer el rol autónomo de las matronas contribuye a reducir la violencia obstétrica y a favorecer una atención centrada en la mujer. Además, investigaciones recientes, describen experiencias de matronas que presencian o participan en dinámicas coercitivas, evidenciando la presión institucional bajo la que trabajan y la necesidad de reforzar su formación en derechos y consentimiento informado. (35) (36)

En cuanto a la diferenciación entre los centros privados y los públicos, estudios recientes demuestran que la violencia obstétrica puede ser dada en ambos sectores, aunque de manera distinta. En los servicios públicos, factores como la sobrecarga asistencial, la escasez de personal y la falta de privacidad favorecen dinámicas de despersonalización, donde las decisiones se toman con base en la eficiencia y no siempre en la necesidad clínica. (15) En este contexto, algunas mujeres reportan sentirse ignoradas, apresuradas o limitadas en su capacidad de decidir sobre su propio proceso de parto.

Por otro lado, la atención privada suele ofrecer mayor confort y continuidad profesional, pero presenta tasas más elevadas de intervenciones, especialmente cesáreas programadas, inducciones tempranas y procedimientos innecesarios desde el punto de vista clínico. La literatura reciente, identifica que estas prácticas pueden estar motivadas

por razones logísticas o económicas, lo que también constituye una forma de intervención no basada en evidencia y, por tanto, una manifestación de violencia obstétrica. (17) Ambos sectores representan, por mecanismos distintos, un riesgo para los derechos reproductivos y la experiencia respetuosa del parto.

2.3 PLAN DE PARTO

2.3.1 ¿QUÉ ES EL PLAN DE PARTOS?

El origen del plan de parto se sitúa en el contexto de los movimientos de mujeres que, desde la década de 1970, comenzaron a cuestionar la medicalización del parto y la falta de autonomía en la toma de decisiones. Antes de su formalización como documento clínico en los años 80, diversas investigaciones señalan que las mujeres ya elaboraban escritos informales, descritos como “cartas a las matronas”, en los que expresaban sus deseos, expectativas y límites respecto al proceso de parto (18). Estas cartas surgieron como respuesta a experiencias previas insatisfactorias y a la dificultad de comunicarse con los profesionales en un momento de alta vulnerabilidad, constituyendo un intento de recuperar control sobre el propio cuerpo y el proceso de nacimiento. Posteriormente, estas iniciativas fueron incorporadas al ámbito sanitario, dando lugar al plan de parto como herramienta estructurada de comunicación. Lejos de ser una herramienta meramente informativa, el plan de parto representa una respuesta a las tensiones históricas entre el modelo biomédico y la autonomía de las mujeres (19).

El plan de partos es un documento escrito que la mujer embarazada (y su pareja si lo desea) elaboran antes del parto para expresar sus preferencias, expectativas, necesidades y deseos sobre cómo quiere que sea la atención durante el parto y nacimiento. Este, se realiza antes de llegar al hospital o centro de maternidad y sirve para facilitar la comunicación con los profesionales sanitarios y que es ofrecido por la matrona (20).

Visualizar los anexos con el fin de consultar un ejemplo. (*Anexo 4*)

2.3.2 ¿OBJETIVOS PLAN DE PARTOS?

2.3.2.1 Objetivos generales

Según el Ministerio de Sanidad en 2008 citó que “el objetivo principal es fomentar la

atención al parto fisiológico en el Sistema Nacional de Salud, mejorando la calidad asistencial sin disminuir los niveles de seguridad alcanzados”. La atención al nacimiento debe fundamentarse en la consideración del parto como un proceso natural, en el que las intervenciones sanitarias sólo resultan necesarias ante desviaciones de la normalidad. Asimismo, los profesionales sanitarios implicados deben promover un entorno de confianza, seguridad e intimidad, garantizando el respeto a la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres (20) (21).

2.3.2.2 Objetivos específicos

- Promover el uso de prácticas clínicas basadas en la evidencia científica.
- Fomentar la consideración del parto como un proceso fisiológico a la vez que su reconocimiento como acontecimiento singular y único en la vida de las mujeres y las familias, y en las relaciones de pareja.
- Participación activa de las gestantes en la toma de decisiones informadas en la atención al parto, para que la persona gestante sea y se sienta protagonista y responsable del parto.
- Cuidados individualizados basados en las necesidades, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar del binomio
- Reorientar la formación del personal de la medicina y la enfermería (en especialización y formación continuada) implicado en la atención al parto, para que sean capaces de incorporar los contenidos de esta estrategia en su trabajo.
- Fomentar el desarrollo de investigaciones orientadas a mejorar los modelos de provisión de servicios para la asistencia al parto. (20) (21).

2.4 PARTO INSTRUMENTALIZADO Y PARTO NATURAL EN ESPAÑA HOSPITALES PRIVADOS Y HOSPITALES PÚBLICOS

En España, la atención al parto presenta diferencias significativas según el tipo de hospital, lo que refleja la influencia de factores estructurales, culturales y organizativos sobre la práctica obstétrica. Diversos estudios muestran que, los hospitales privados, presentan mayores tasas de intervenciones médicas, incluyendo inducción del parto, analgesia epidural, partos instrumentales y cesáreas, mientras que en los centros

públicos se observa una mayor adherencia a los partos fisiológicos y a las recomendaciones de la OMS sobre la humanización del parto (22) (23).

El parto instrumentalizado, que comprende el uso de fórceps, ventosas u otras maniobras asistidas, se asocia con riesgos mayores para la mujer, como desgarros perineales complejos, y en muchos casos refleja una medicalización innecesaria del proceso natural del parto (24). Por el contrario, los partos naturales favorecen la autonomía de la mujer sobre su propio proceso reproductivo y promueven un abordaje basado en la evidencia, centrado en la fisiología del parto y en la participación activa de la gestante, lo que reduce la exposición a intervenciones médicas innecesarias (25).

Estas diferencias, no solo reflejan criterios clínicos, sino también formas de organización y prioridades institucionales. En hospitales privados, las intervenciones frecuentes pueden limitar la autonomía de la mujer frente a decisiones protocolizadas, mientras que los modelos centrados en la fisiología del parto, más habituales en hospitales públicos y en partos atendidos por matronas, fomentan la participación activa de la mujer y el respeto por su experiencia de parto (26).

En conclusión, la literatura evidencia que el contexto del hospital y la filosofía de atención influyen de manera decisiva en la experiencia del parto. Incorporar prácticas basadas en la evidencia, que minimicen intervenciones innecesarias y respeten la autonomía de la mujer, constituye un paso fundamental hacia la humanización del parto y la equidad en la salud reproductiva en España.

2.5 CONSTRUCCIÓN DE LA MEDICINA Y CONTROL DEL CUERPO GESTANTE

2.5.1 LA CONSTRUCCIÓN ANDROCÉNTRICA DE LA OBSTETRICIA Y SU IMPACTO EN LA EXPERIENCIA DE PARTO

La obstetricia, como disciplina médica, se ha desarrollado históricamente dentro de un sistema sanitario influido por una visión androcéntrica del conocimiento científico, es decir, construida mayoritariamente desde el punto de vista masculino. Este enfoque ha situado el cuerpo femenino y, en particular, el cuerpo gestante, como un objeto de intervención clínica, priorizando el control y la tecnificación del proceso reproductivo

frente a la experiencia subjetiva de las mujeres. (27) (28)

Como consecuencia, se han consolidado prácticas asistenciales que tienden a desvalorizar la vivencia emocional y corporal del parto, favoreciendo relaciones jerárquicas entre profesionales sanitarios y mujeres gestantes. Este modelo biomédico ha contribuido a la normalización de dinámicas de poder en la atención obstétrica, en las que el saber profesional se impone como autoridad incuestionable, mientras que la mujer es relegada a un rol pasivo dentro del proceso asistencial. (27) (29)

Diversos estudios realizados en el contexto español y europeo señalan que estas dinámicas facilitan la aparición de prácticas deshumanizadoras, que pueden constituir formas de violencia obstétrica, tanto explícitas como simbólicas, afectando directamente a la autonomía y dignidad de las mujeres durante el parto. (28) (29)

2.5.2 INVISIBILIZACIÓN DEL DOLOR FEMENINO

La invisibilización del dolor femenino durante el parto, responde a una visión androcéntrica que lo considera un proceso natural e inevitable, restando legitimidad a las necesidades de alivio del dolor y de una atención más empática. (27) (30) Esta minimización está influida por estereotipos de género que vinculan la maternidad con el sacrificio y la resistencia al sufrimiento. Diversos estudios muestran que muchas mujeres sienten que su dolor no es reconocido ni atendido adecuadamente, generando inseguridad y desprotección durante el parto. (28) (30) Además, la falta de reconocimiento de la experiencia subjetiva refuerza desigualdades en la relación asistencial y favorece un modelo centrado en la intervención técnica frente al cuidado integral. (27)

2.5.3 NORMALIZACIÓN DEL SUFRIMIENTO: “PARIR DUELE, ES NORMAL”

La idea socialmente aceptada de que “parir duele, es normal” legitima el sufrimiento femenino en la atención obstétrica y favorece la normalización de prácticas que no siempre respetan los derechos, deseos o necesidades de las mujeres gestantes. (29) Expresiones como “haz caso al doctor” o “no exageres” reflejan una cultura asistencial que minimiza el dolor de la mujer y refuerza su subordinación al criterio profesional. (28) Desde una perspectiva de género, esta normalización constituye una forma de

violencia simbólica, ya que presenta determinadas prácticas como inevitables o necesarias. (29) Además, dificulta que las mujeres cuestionen estas intervenciones o identifiquen posibles vulneraciones de derechos, perpetuando modelos medicalizados de atención al parto frente a enfoques más respetuosos y humanizados. (27) (29)

2.5.4 INFANTILIZACIÓN DE LA MUJER GESTANTE

La infantilización de la mujer gestante es otra manifestación de la atención obstétrica androcéntrica, visible en prácticas como la toma de decisiones sin consentimiento plenamente informado, el uso de lenguaje paternalista y la presunción de incapacidad de las mujeres para participar activamente en su parto. (27) (31) Diversos estudios en España muestran que muchas mujeres perciben una pérdida de autonomía, donde su voluntad queda subordinada al criterio profesional y el saber médico se impone como único conocimiento válido. (28) (32) Desde la bioética y los derechos humanos, esta situación vulnera el principio de autonomía y el derecho a una atención respetuosa y centrada en la persona. Por ello, la literatura europea defiende modelos obstétricos que reconozcan a las mujeres como sujetos activos y garanticen información clara, comprensible y libre de coerción. (29) (32)

2.5.5 RELACIÓN ASIMÉTRICA DE PODER EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

La atención obstétrica se desarrolla en una relación asimétrica donde el conocimiento biomédico, se considera el único saber legítimo. Así, los profesionales sanitarios ocupan una posición de autoridad, mientras que las mujeres quedan en un rol subordinado y centrado en la intervención sobre sus cuerpos. (27) (29) Esta jerarquía, prioriza las decisiones clínicas por encima de los deseos y percepciones de las mujeres, favoreciendo prácticas donde la información se ofrece de forma parcial y el consentimiento informado se reduce a un trámite administrativo, perdiendo su dimensión ética. (27) (32)

2.5.6 VIOLENCIA SIMBÓLICA EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

El concepto de violencia simbólica, permite comprender cómo determinadas prácticas obstétricas, social y profesionalmente normalizadas, no son percibidas como formas de violencia. En el ámbito obstétrico, esta violencia se manifiesta a través de la

deslegitimación del discurso de la mujer, la minimización de sus sensaciones físicas y emocionales y la imposición de decisiones clínicas presentadas como incuestionables. (28)

Al estar integradas en la rutina asistencial, estas prácticas se justifican en nombre de la seguridad clínica o la eficiencia del sistema, dificultando su identificación como situaciones de vulneración de derechos. Diversos autores destacan que esta forma de violencia contribuye a perpetuar el machismo estructural en sanidad, reproduciendo relaciones de dominación de género bajo una apariencia de neutralidad técnica. (29)

2.5.7 PATERNALISMO MÉDICO FRENTE A AUTONOMÍA DE LA MUJER GESTANTE

El paternalismo médico ha sido un elemento central en la atención obstétrica, basado en la idea que el profesional debe decidir por el bienestar de la mujer y el feto. No obstante, este enfoque entra en conflicto con el principio de autonomía y el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y su proceso de salud. (31) (32) En el parto, el paternalismo se manifiesta mediante la exclusión de la mujer en la toma de decisiones, el uso de un lenguaje autoritario y la priorización de protocolos rígidos frente a una atención individualizada. Diversos estudios relacionan este modelo con experiencias de deshumanización, pérdida de control y violencia obstétrica. (27) (29)

2.6 TEORÍA DE ENFERMERÍA - MARIE FRANÇOISE COLLIÈRE

Marie-Françoise Collière (1930-2005) fue enfermera, antropóloga, filósofa y docente francesa cuya obra influyó profundamente en la comprensión del *cuidado* dentro de la disciplina enfermera. Su enfoque va más allá de la técnica: concibe el cuidado como un acto humano esencial ligado a la preservación de la vida y la dignidad humana. (33)

Según Collière, “*cuidar es un acto de vida, cuyo objetivo principal es permitir que la vida continúe*”, lo que conecta directamente con la atención al parto como proceso fisiológico, natural y trascendental en la vida de las mujeres. Desde esta perspectiva, el parto no debe entenderse únicamente como un acontecimiento biomédico susceptible de intervención, sino como una experiencia vital que requiere acompañamiento, respeto y reconocimiento de la singularidad de cada mujer. La teoría del cuidado de

Marie-Françoise Collière ofrece un marco ético y conceptual que permite analizar críticamente estas prácticas. Para la autora, cuidar es un acto fundamental para sostener y promover la vida, que implica reconocer a la persona cuidada en su totalidad, atendiendo no sólo a sus necesidades biológicas, sino también a su dimensión emocional, cultural y simbólica. (34) Desde esta perspectiva, el cuidado no puede reducirse a la aplicación de técnicas, sino que exige una relación basada en el respeto, la escucha y el reconocimiento de la autonomía.

La violencia obstétrica puede entenderse como un problema estructural y relacional que vulnera los derechos, la autonomía y la dignidad de las mujeres durante el parto. Desde la perspectiva de Marie-Françoise Collière, esta situación refleja un desequilibrio entre el cuidado instrumental y el cuidado existencial, basado en la escucha, el respeto y el reconocimiento de la mujer como sujeto activo de su proceso. La predominancia del cuidado instrumental, visible en la medicalización o en intervenciones realizadas sin consentimiento, puede favorecer prácticas deshumanizadas y vulneraciones de derechos. Diversos estudios recientes señalan que la violencia obstétrica aparece especialmente cuando falta una comunicación respetuosa, se imponen procedimientos sin consentimiento informado y se ignoran las necesidades y experiencias de las mujeres durante el parto. (35) (36)

Aplicada al ámbito obstétrico, la propuesta de Collière entra en clara contradicción con las prácticas que configuran la violencia obstétrica. La imposición de intervenciones sin diálogo, la desvalorización de la palabra de las mujeres y la normalización del sufrimiento durante el parto suponen una negación del cuidado entendido como acto de vida. Desde una mirada feminista, esta ruptura del cuidado puede interpretarse como una consecuencia histórica de la subordinación del saber y la experiencia de las mujeres dentro de los sistemas sanitarios.

La Dra Collière (1993) también realizó una lectura etnohistoria de los cuidados de enfermería, en que reflexionó sobre el cambio de concepción histórica del cuidado desde las diferentes corrientes antropológicas. Evidenció cómo los cambios sociales que han ido sucediendo a lo largo del tiempo influyen en las formas de dar y ofrecer cuidado y como estos están relacionados históricamente con el rol de la mujer dentro del ámbito doméstico. Esta concepción está inexorablemente ligada al reconocimiento social del rol

de la enfermería. Las comadronas pueden verse inmersas en una dicotomía enfrentada entre el plan de parto respetado ofreciendo una cura humanística y las prácticas efectuadas dentro de la sanidad pública y privada, afectando a sus experiencias y empoderamiento profesional.

2.7 TEORÍA DE ENFERMERÍA - DR. CARME VALLS-LLOBET

La Dra. Carme Valls-Llobet, médica e investigadora referente en el ámbito de la salud y el género, ha desarrollado una sólida línea de trabajo orientada a evidenciar los sesgos estructurales presentes en la construcción del conocimiento biomédico. En su obra *Mujeres, salud y poder*, (39) analiza cómo el modelo científico dominante se ha configurado históricamente desde una perspectiva androcéntrica que ha tomado el cuerpo masculino como patrón universal, invisibilizando las especificidades biológicas y sociales de las mujeres.

Posteriormente, en *Mujeres invisibles para la medicina*, (40) profundiza en cómo esta invisibilización no es únicamente simbólica, sino que tiene consecuencias clínicas concretas: retrasos diagnósticos, infravaloración del dolor, sobremedicalización o psicologización de determinados síntomas. La autora sostiene que la ausencia de perspectiva de género en la investigación y en la práctica clínica constituye un factor generador de desigualdades asistenciales estructurales. (41)

Los trabajos de la Red de Investigación en Salud y Género del Instituto de la Mujer destacan la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la organización sanitaria, la formación profesional y la investigación clínica. Además, señalan que las desigualdades en salud responden, no sólo a factores biológicos, sino también sociales y estructurales. (42)

Asimismo, Valls-Llobet propone una concepción biopsicosocial regenerada de la salud, (43) que integra las dimensiones corporales, emocionales y contextuales, superando la fragmentación del modelo biomédico clásico. Este planteamiento resulta especialmente relevante en obstetricia, donde el parto constituye un proceso fisiológico atravesado por factores culturales, emocionales y relacionales.

Desde esta perspectiva, la violencia obstétrica puede comprenderse como una expresión específica de violencia estructural dentro del sistema sanitario, en la medida en que se sustenta en desigualdades de género normalizadas en la práctica asistencial. La falta de escucha, la toma de decisiones sin participación activa de la mujer o la priorización de la eficiencia organizativa sobre la experiencia subjetiva reflejan cómo los sistemas sanitarios pueden reproducir relaciones históricas de poder.

La incorporación del enfoque de Valls-Llobet en el presente estudio resulta pertinente, ya que las matronas desarrollan su práctica profesional en un contexto donde coexisten el modelo biomédico intervencionista y el modelo centrado en la mujer. Analizar sus percepciones desde una perspectiva de género permite comprender las tensiones entre ambos paradigmas y situar sus experiencias dentro de marcos estructurales más amplios.

2.8 INTEGRACIÓN TEÓRICA: EL CUIDADO COMO PRÁCTICA ÉTICA Y POLÍTICA EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

La articulación entre la teoría del cuidado de Marie-Françoise Collière y el enfoque de salud y género desarrollado por Carme Valls-Llobet, permite construir un marco interpretativo integral para el análisis de la violencia obstétrica y de las experiencias profesionales de las matronas.

Collière, sitúa el cuidado como acto fundacional de la vida, anterior incluso a la institucionalización de la medicina. Desde su perspectiva, cuidar implica sostener la vida en todas sus dimensiones (biológica, emocional, cultural y simbólica) reconociendo a la persona como sujeto activo y no como objeto de intervención. (38) (34) Esta concepción otorga centralidad a la relación, a la escucha y al respeto por la singularidad de cada mujer en el proceso de parto.

Por su parte, Valls-Llobet aporta una lectura estructural que permite comprender por qué ese cuidado puede verse distorsionado dentro de determinados modelos sanitarios. Al evidenciar la construcción androcéntrica del conocimiento biomédico y la ausencia histórica de perspectiva de género, señala cómo las desigualdades no se producen

únicamente en la interacción clínica individual, sino en la propia organización del sistema de salud y en los marcos epistemológicos que lo sustentan.

La integración de ambas autoras permite entender que la violencia obstétrica no se limita a intervenciones concretas, sino que puede emerger cuando el cuidado se reduce a su dimensión instrumental y se desconecta de su dimensión ética y relacional. Cuando el modelo biomédico prioriza el control técnico, la protocolización rígida y la eficiencia organizativa, el cuidado existencial descrito por Collière queda subordinado. En este punto, la crítica estructural de Valls-Llobet, ayuda a explicar cómo esta subordinación se vincula a dinámicas históricas de poder y a la desvalorización del saber femenino en los procesos reproductivos.

Desde esta síntesis teórica, el parto puede comprenderse como un espacio donde convergen tres dimensiones:

1. La dimensión fisiológica (proceso biológico normal).
2. La dimensión relacional (acto de cuidado).
3. La dimensión sociopolítica (marcos de poder y género que atraviesan la atención sanitaria).

Así, el rol de la matrona se sitúa en una posición estratégica: es la profesional formada en la fisiología del parto y, al mismo tiempo, heredera histórica de un saber de cuidado que ha sido progresivamente medicalizado. Las tensiones que describen las matronas entre el modelo centrado en la mujer y el modelo intervencionista pueden interpretarse, desde esta integración teórica, como la expresión contemporánea de un conflicto entre paradigmas: el paradigma del cuidado integral y el paradigma biomédico tecnocrático.

En consecuencia, incorporar la perspectiva de género (Valls-Llobet) sin perder la esencia ética del cuidado (Collière) permite fundamentar teóricamente la necesidad de una atención obstétrica que no solo sea clínicamente segura, sino también respetuosa, equitativa y centrada en la autonomía de las mujeres. Esta integración aporta coherencia conceptual al presente estudio, ya que permite analizar las experiencias de las matronas no únicamente como relatos individuales, sino como posicionamientos profesionales situados dentro de estructuras asistenciales concretas.

De este modo, el marco teórico queda unido sobre una doble base: el cuidado como principio ético de la enfermería y la perspectiva de género como herramienta crítica para analizar las desigualdades que atraviesan la práctica obstétrica contemporánea.

3. OBJETIVOS Y/O HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS

Las prácticas y los protocolos clínicos condicionan la atención obstétrica: el tipo de parto, la intervención en el parto, el control del cuerpo de la mujer y las experiencias y vivencias de las comadronas.

3.2 OBJETIVO GENERAL

Conocer las experiencias y vivencias de las comadronas respecto a las prácticas y protocolos clínicos que condicionan la intervención del parto y el control del cuerpo de las gestantes.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar las experiencias de atención al parto entre los ámbitos público y privado desde la perspectiva de las matronas.
- Conocer las percepciones del rol de la comadrona y la violencia obstétrica.
- Analizar las diferencias percibidas en la atención al parto natural frente al parto instrumentalizado.
- Identificar barreras y facilitadores para un parto respetado según el tipo de institución y modalidad de parto.
- Proponer recomendaciones orientadas a mejorar las prácticas de respeto al plan de parto en diferentes sistemas sanitarios.

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

En la realización del trabajo se utilizó un método de investigación cualitativo, temático con enfoque fenomenológico. Se indagó en las experiencias vividas de seis matronas, a través de las cuales se exploraron las necesidades y carencias del SNS, así como la forma en que estas se expresaban en ellas.

La metodología cualitativa resultó especialmente adecuada para el estudio de la violencia obstétrica, ya que permitió explorar en profundidad las experiencias, percepciones y significados que las profesionales atribuían a su práctica asistencial. A diferencia de los enfoques cuantitativos, el método cualitativo posibilitó comprender fenómenos complejos y contextualizados, en los que intervienen dimensiones emocionales, relacionales, éticas y de género, difíciles de captar mediante instrumentos estandarizados. (37)

En este sentido, el enfoque cualitativo facilitó el análisis de las vivencias de las matronas en relación con las carencias del sistema sanitario y las tensiones existentes entre los modelos biomédicos y los cuidados centrados en la mujer. Además, este tipo de metodología fue ampliamente utilizado en investigaciones feministas y en estudios sobre cuidados, al permitir dar voz a las profesionales y visibilizar realidades que han sido históricamente silenciadas en el ámbito sanitario. (44) (45)

4.2 POBLACIÓN

Comadronas con experiencia en el ámbito sanitario y público.

4.3 LUGAR DEL ESTUDIO

- Unidad de maternidad en Hospital Comarcal
- Aula Seu Vilafranca del Penedès
- Online, aplicación videoconferencia Teams.
- Cafetería de Vilafranca

4.4 PERÍODO DEL ESTUDIO

El período de estudio fue de octubre del 2025 a mayo del 2026.

4.5 ACCESO FORMAL AL CAMPO Y PROCESO DE TRABAJO

El acceso formal al campo se realizó en diferentes fechas y lugares según la disponibilidad de las informantes:

- Matrona 1: 28/01/2026 a las 8h → Presencial
- Matrona 2: 30/01/2026 a las 15h → Presencial
- Matrona 3: 26/02/2026 a las 18:30h → Online
- Matrona 4: 28/02/2026 a las 10h → Presencial
- Matronas 5 y 6: 12/03/2026 a las 8:30h → Online

4.5.1 DIARIO DE CAMPO

Se realiza una búsqueda de matronas a través de contactar por correo electrónico (OutLook) y se le proporciona toda la información necesaria para poder realizar las entrevistas.

Primera entrevista – 28/01/2026

La entrevista comenzó a las 08:10. La matrona entrevistada ha desarrollado su carrera principalmente en el ámbito público, con menor experiencia en el sector privado. La conversación tuvo lugar en un despacho pequeño, algo desordenado, donde se produjeron ciertas interrupciones durante el transcurso de la entrevista. A pesar de estas condiciones, el ambiente se percibió cálido y cercano.

La informante se expresó de manera pausada y tranquila, explicando sus ideas con profundidad y respondiendo con claridad a cada una de las preguntas planteadas. Se destacó especialmente su sinceridad y disposición a compartir experiencias y opiniones de manera abierta. Al minuto 19:09 de la entrevista, se produjo una interrupción, acompañada de sonidos intermitentes y vibración, que no afectaron significativamente el desarrollo de la conversación.

Segunda entrevista – 30/01/2026

La segunda entrevista dio inicio a las 11:15 en un aula de la Universidad Rovira i Virgili de Vilafranca. La matrona entrevistada ha desarrollado su carrera principalmente en el

ámbito público, con menor experiencia en el sector privado. El ambiente fue de confianza, cálido y tranquilo, sin interrupciones durante la sesión. La conversación comenzó con una pregunta de la informante hacia las entrevistadoras: “¿Qué es para vosotras la violencia obstétrica?”.

El diálogo se desarrolló de manera coherente, concisa y contundente, con ideas expresadas de forma clara y estructurada. La informante abordó temas relacionados con el sesgo de género y experiencias personales, que, por petición expresa de ella, no fueron incluidas en la transcripción de la entrevista. Algunas preguntas reflejaron la complejidad del tema, manifestándose a través de un suspiro o pausa antes de responder.

La tercera entrevista, tuvo que cancelarse por motivos externos a las entrevistadoras. Esto nos llevó a tener que contactar con el CODITA, CODITOR, COIB y la ACL, sectores de profesionales donde veíamos mayor posibilidad para obtener una respuesta.

Tercera entrevista - 26/02/2026

Inicio de la entrevista a las 18:30. La informante no ha trabajado nunca en el sector privado y actualmente trabaja en un centro de atención primaria.

La entrevista se realizó de forma online a través de Teams. Cada una se encontraba en un entorno cómodo que permitía la concentración. Sin embargo, Wanda estaba en su centro de prácticas y en algunos momentos tuvo que silenciar el micrófono para no entorpecer a la informante. Aun así, el ambiente fue cálido, cercano y cómodo.

Durante la entrevista, la matrona habló de forma clara y concisa, expresando sus ideas sin temor. Dejó claro su punto de vista y nos ayudó a comprender mejor el rol de la matrona. No hubo ningún tipo de interrupción durante la entrevista.

Cuarta entrevista - 28/02/2026

Inicio de la entrevista a las 10:00. La informante ha trabajado principalmente en el sector público y muy poco en el privado.

La entrevista se realizó en una cafetería, ya que la informante prefería que fuera presencial. Se llevó a cabo de forma continua y sin interrupciones. Cabe mencionar que había bastante ruido ambiente, aunque esto no entorpeció el desarrollo de la entrevista.

La persona entrevistada habló de forma calmada y clara, y nos ofreció información que posteriormente se añadió al marco teórico para fortalecer nuestras ideas.

En primer lugar, se realizó la parte de epidemiología y posteriormente se hizo una pausa. A continuación, se continuó con las preguntas más generales, lo que permitió darle un descanso y mantener una conversación más distendida con ella.

Quinta entrevista - 12/03/2026

Iniciamos la entrevista a las 8:30h de la mañana por Teams. Eran dos enfermeras. Una de ellas llega con un poco de retraso. Se realiza la entrevista completamente en catalán. Expertas en el campo del sector privado. No hay ninguna interrupción, de forma clara y sin rodeos.

Entre ellas, se distribuían los turnos de palabra y pudimos hablar de la sanidad privada con un poco más de profundidad y diferentes puntos de vista. Se complementaban y extendían la respuesta de la otra, dándonos información muy útil y completa.

Una de ellas está cursando estudios doctorales, por lo tanto domina mucho el campo investigativo, hablándonos sobre datos estadísticos.

4.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Experiencia de 3 años. Se busca la inclusión de matronas con criterios de Patricia Benner, bajo su teoría de (From Novice to Expert), donde solamente se seleccionarán enfermeras de criterio 3 (competente > 3 años)- 4 (eficiente) - 5 (experta). (46)
- Haber participado en partos naturales o instrumentalizados
- Participación voluntaria

4.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Experiencia inferior a 3 años

- No haber participado en estos tipos de parto
- No querer o poder participar

4.8 MUESTRA

- Selección de los informantes: muestreo en cadena. Se localizan algunos informantes que estos llevan a otros, y así hasta conseguir una muestra suficiente.
- Tamaño de la muestra: 6 comadronas (estudio piloto).
- Acceso a las informantes: invitación a corte privado y personal mediante WhatsApp o contacto personal. Matronas que son conocidas por las estudiantes por ser referentes en el ámbito como profesoras de la URV o matronas expertas que han conocido en sus prácticas clínicas, o a través de contactos de otras doctoras de la universidad.

4.9 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

La técnica de recogida de datos utilizada en este estudio fue la entrevista semiestructurada (*Anexo 7*), una herramienta habitual en la investigación cualitativa con enfoque fenomenológico, ya que permitió explorar en profundidad las percepciones y experiencias vividas por las participantes. La entrevista semiestructurada se caracterizó por contar con un guión previo de preguntas abiertas, elaborado a partir de los objetivos del estudio y del marco teórico, que orientó la conversación hacia los temas de interés (tipo de parto, ámbito público o privado, respeto al plan de parto, experiencias profesionales y condicionantes institucionales). No obstante, este formato ofreció flexibilidad, permitiendo a la entrevistadora adaptar el orden de las preguntas, profundizar en aspectos relevantes que surgieron durante la entrevista y formular nuevas cuestiones en función de las respuestas de cada comadrona.

Este tipo de entrevista favoreció la expresión libre y reflexiva de las participantes, posibilitando que relataran sus vivencias profesionales, percepciones y emociones desde su propia perspectiva, lo cual resultó fundamental para comprender cómo experimentaban la atención al parto natural e instrumentalizado y cómo percibían el respeto al plan de parto en los distintos sistemas sanitarios. (22) (47)

Las entrevistas se realizaron de manera individual, en un entorno que garantiza la confidencialidad y comodidad de las participantes, y tuvieron una duración aproximada de 45–60 minutos. Previa autorización informada (*Anexo 6*), las entrevistas fueron grabadas en audio para asegurar la fidelidad de la información y posteriormente transcritas de forma literal para su análisis. En cada entrevista participaron la entrevistada y las dos investigadoras: una encargada de realizar la entrevista y la otra de observar y registrar el lenguaje no verbal. Asimismo, se elaboró un diario de campo en el que se recogieron aspectos relacionados con la comunicación no verbal y las impresiones derivadas de cada entrevista.

4.10 ANÁLISIS

El presente estudio se enmarca en un enfoque cualitativo de tipo temático con orientación fenomenológica, centrado en comprender la experiencia vivida de las comadronas en relación con la atención al parto y la posible presencia de violencia obstétrica. Desde esta perspectiva, el interés principal radica en explorar los significados que las profesionales atribuyen a sus vivencias, priorizando su subjetividad y la interpretación de sus propias experiencias.

El análisis de los datos se llevó a cabo siguiendo un enfoque inductivo, de manera que las categorías y temas emergieron directamente de la información recopilada, sin partir de marcos teóricos o clasificaciones previas. Para ello, se utilizó el análisis temático, prestando especial atención al contenido explícito de los discursos, es decir, a “lo que se dice”, con el objetivo de identificar patrones de significado relevantes. (48) (49)

El proceso analítico se inició con la transcripción literal de las entrevistas, realizada con el apoyo de la aplicación Clipchamp (Outlook). Posteriormente, se llevó a cabo una fase de familiarización mediante la lectura repetida de los datos. A continuación, se procedió a la codificación selectiva de los fragmentos más significativos, lo que permitió la identificación de unidades de sentido. Estas fueron agrupadas en categorías y subcategorías emergentes, definidas inicialmente de forma individual por cada investigadora y posteriormente consensuadas, garantizando así una mayor rigurosidad en el proceso analítico.

4.11 TRIANGULACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para asegurar la validez y el rigor de los resultados, se llevó a cabo un proceso de triangulación metodológica. En primer lugar, se realizó una triangulación de investigadores, mediante el análisis independiente de los datos por parte de cada investigadora y la posterior puesta en común de los hallazgos, favoreciendo la discusión crítica hasta alcanzar un consenso interpretativo.

Asimismo, se aplicó una triangulación teórica, contrastando los resultados obtenidos con distintos marcos conceptuales relacionados con la violencia obstétrica, los cuidados y la perspectiva de género, lo que permitió enriquecer la interpretación del fenómeno y evitar lecturas reduccionistas.

Por otro lado, se incorporó la validación por participantes (*member checking*), compartiendo los resultados preliminares con las matronas para comprobar si las interpretaciones reflejaban fielmente sus experiencias.

La triangulación permitió aumentar la credibilidad, consistencia y profundidad del análisis, reduciendo posibles sesgos individuales y ofreciendo una comprensión más completa y rigurosa del fenómeno estudiado (50).

4.12 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para la elaboración del marco teórico se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos científicas y fuentes académicas, con el objetivo de seleccionar información actualizada y relevante sobre el papel de la enfermería en la violencia obstétrica.

4.13 FILTROS UTILIZADOS

Tabla 2. Términos MeSH.

Fuente: Elaboración Propia

Término Buscado MeSH	Base de datos	Nº de artículos obtenidos	Acotación por fechas
Obstetric and Violence OR Spain	PubMed	110	2015-2026
(((((hospitals) AND (private)) OR (hospitals)) AND (public)) AND (Spain)) AND (violence)) AND (obstetric)	PubMed	41	2014-2026
(Midwifery) AND (Nursing Care)	PubMed	35.256	2020-2026

Tabla 3. Términos DeSH.

Fuente: Elaboración Propia.

Término Buscado DeSH	Base de datos	Nº de artículos obtenidos	Acotación por fechas
(violencia) AND (obstétrica) AND (españa)	SciELO	6	-
(Hospitales) AND (públicos) OR (hospitales) AND (privados) AND (españa) OR (violencia) AND (obstétrica)	SciELO	3	-
(Cuidados) AND (Enfermería) AND (violencia) AND (Obstétrica) OR (españa)	SciELO	128	-

4.14 BASES DE DATOS CONSULTADAS:

- PubMed
- SciELO
- Scopus
- Web of Science
- Google Scholar
- Cinahl
- Ministerio de Sanidad
- Gencat
- Libros de enfermería
- Diarios nacionales

4.15 PALABRAS CLAVE UTILIZADAS:

- **DeSH:** Violencia Obstétrica, Hospitales Privados, Hospitales Públicos, Matronas, Cuidados de enfermería.
- **MeSH:** Obstetric Violence, Private Hospitals, Public Hospitals, Midwifery, Nursing Cares

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitación de este estudio se relaciona con el alcance de los resultados. Al tratarse de una investigación cualitativa, los hallazgos no pretenden ser generalizables en términos estadísticos al conjunto de profesionales de enfermería. En su lugar, ofrecen una comprensión profunda y contextualizada de las experiencias analizadas, lo que permite generar conocimiento transferible a contextos similares, más que extrapolable de forma universal. Además, este tipo de investigación puede estar sujeta a ciertos sesgos, como el sesgo de selección o el sesgo de respuesta.

El estudio se planteó con el objetivo de conocer el punto de vista de las matronas; sin embargo, surgieron algunas dificultades para localizar profesionales tituladas con la especialidad EIR. Asimismo, durante la planificación para contactar con las participantes, resultó complicado encontrar a la seis matrona y coordinar las entrevistas debido a la coincidencia con nuestros horarios de prácticas. Afortunadamente, finalmente todas las participantes que aceptaron colaborar pudieron ser entrevistadas sin incidencias, lo que permitió llevar a cabo el trabajo según lo previsto.

Otra limitación de gran peso es el desbalance que hay entre las matronas entrevistadas, dado que hay un mayor peso en el sistema público que en el privado. Tras varios intentos de conseguir la colaboración del sector privado en diversas instituciones, como fueron el ACL, COITA, CODITOR, COIB o el Hospital de Barcelona, recibimos negativas de éstas, es por ello que, los datos serán extrapolables según la información obtenida de todas las matronas que han conseguido trabajar en ambos sistemas.

Finalmente, nos hemos encontrado con sesgo de memoria o recurso que puede afectar la validez de los datos, ya que la persona no recuerda con exactitud lo pasado.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En primer lugar, se completó el formulario de autoevaluación de aspectos éticos, y posteriormente se envió por correo electrónico a la dirección de Carlos Garcia, así como a la tutora del Trabajo Fin de Grado, a través del campus virtual. Tras contactar con el secretario técnico de la Comisión de Ética de Investigación e Innovación, se confirmó la autorización para llevar a cabo el estudio bajo el código CEIPSA-2025-TFG-0177, en que al ser un trabajo de fin de grado no es necesario solicitar la autorización correspondiente a este organismo y se avala con el compromiso de las alumnas y la profesora implicadas (*Anexo 5*).

El tratamiento de los datos se realizará conforme al Reglamento General de Protección de Datos (UE 2016/679) y a la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, asegurando el cumplimiento de la normativa española y europea en materia de protección de datos. El estudio respetará los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

Con el objetivo de cumplir con los estándares éticos y la normativa vigente, se utilizaron los recursos proporcionados por la Universitat Rovira i Virgili a través del campus virtual. Antes de iniciar la participación, se ofreció a los entrevistados un breve resumen del estudio, explicando los objetivos y la finalidad de la investigación, además del consentimiento informado (*Anexo 5*), garantizando que la decisión de participar fuera completamente voluntaria.

Se implementaron medidas para proteger la confidencialidad y el anonimato de los participantes mediante la asignación de códigos o identificadores, evitando que su identidad real se vinculara a los datos durante el análisis. Esto permitió salvaguardar la privacidad de los participantes y prevenir cualquier divulgación no autorizada.

Durante la recolección de datos se creó un ambiente de confianza y respeto durante las entrevistas. Asimismo, para garantizar el cumplimiento de los principios éticos, se incluyó en el trabajo una descripción clara y detallada de los objetivos, métodos y procedimientos utilizados, lo que contribuye a la validez y fiabilidad de los resultados y permite la replicabilidad del estudio.

7. RESULTADOS

Se han obtenido resultados de seis participantes, de los cuales la totalidad son mujeres. Todas ellas son matronas con amplia experiencia profesional, y aunque la gran mayoría ejerce en el sistema sanitario público (tanto en atención primaria como hospitalaria), algunas también tienen experiencia o perspectiva sobre la práctica en el sector privado.

A pesar de las diferencias en sus trayectorias (desde 5 hasta 37 años de experiencia), todas las profesionales entrevistadas coinciden en que la información, la comunicación continua y el respeto por los tiempos de la mujer son esenciales para una atención obstétrica de calidad. En cuanto a las habilidades y actitudes, la empatía, la adaptación a las necesidades de la gestante y la humanización del cuidado son consideradas fundamentales. A pesar de enfrentarse a un sistema que a menudo sufre de sobrecarga asistencial o falta de recursos humanos, las seis matronas encuentran un sentido profundo en su vocación, destacando la autonomía que han ido ganando con los años y la importancia del trabajo en equipo interdisciplinar.

Tras el análisis de las entrevistas realizadas a las profesionales seleccionadas para la muestra y su posterior categorización temática, se han obtenido las siguientes ocho categorías y sus respectivas subcategorías:

Tabla 4: Análisis de las entrevistas

Fuente: Elaboración propia

Categoría	Subcategorías
Comunicación y consentimiento informado	Información a la mujer. Consentimiento informado. Explicación de riesgos. Toma de decisiones compartida.
Factores estructurales del sistema sanitario	Carga asistencial. Falta de matronas. Recursos materiales. Organización hospitalaria.

	Recursos institucionales.
Concepción del parto y modelo asistencial	Parto fisiológico. No patologización. Respeto de los tiempos biológicos. Adaptación a la mujer. Protocolos.
Violencia obstétrica: definición y percepción profesional	Definición del concepto. Normalización histórica. Violencia consciente/inconsciente. Responsabilidad profesional. Sesgo de género. Infantilización de la mujer. Prevención.
Intervencionismo y parto instrumentalizado	Indicaciones clínicas. Uso de instrumental. Adecuación vs abuso. Impacto en la experiencia de la mujer.
Autonomía profesional de la matrona y jerarquía	Rol de la matrona. Toma de decisiones. Relación con ginecología. Límites institucionales. Jerarquía sanitaria.
Plan de parto y autonomía de la mujer	Expresión de preferencias. Empoderamiento. Respeto/adaptación clínica. Comunicación bidireccional.
Desigualdades en la atención y contexto asistencial	Diferencias público-privado. Diferencias territoriales.

	Variabilidad en la práctica clínica. Brechas socioeconómicas.
--	--

En relación con el análisis discursivo de las entrevistas realizadas a las seis matronas, se han obtenido los siguientes resultados destacados agrupados en las categorías principales:

Comunicación y consentimiento informado

En relación con la comunicación y el consentimiento informado, los discursos de las participantes reflejan que ambos elementos son considerados pilares fundamentales en la atención al parto. Sin embargo, el análisis de los testimonios evidencia que su aplicación en la práctica no siempre se desarrolla de manera plena ni equitativa.

Las participantes destacan que el acceso a la información no se produce de forma automática, sino que en muchos casos depende de la iniciativa de la propia mujer:

M3 → *“Para saber hay que preguntar.”*

Esta afirmación revela un punto crítico: la responsabilidad de obtener información se desplaza parcialmente hacia la paciente, lo que puede generar desigualdades en función de su capacidad para cuestionar, insistir o posicionarse activamente. En lugar de un modelo proactivo por parte del profesional, se observa una dinámica reactiva, donde la información se ofrece en respuesta a la demanda.

En esta misma línea, se refuerza la idea de que la mujer debe adoptar un rol activo para garantizar sus derechos:

M3 → *“Aquello que no nos dan también hay que aprender a pedirlo.”*

Este discurso, aunque promueve el empoderamiento, pone en evidencia una carencia estructural: el sistema no garantiza de forma homogénea el acceso a la información ni la participación en la toma de decisiones. Como consecuencia, la autonomía de la mujer queda condicionada por sus habilidades comunicativas, su conocimiento previo o su seguridad personal.

Por otro lado, las participantes reconocen la importancia de construir un proceso de toma de decisiones compartida, basado en la información clara y en el consenso:

M3 → *“Explicarle los riesgos y consensuarlos con ella.”, “Tenemos que escuchar a nuestros pacientes.”*

Estas afirmaciones reflejan un modelo ideal de atención centrado en la mujer, donde la comunicación no se limita a informar, sino que implica escuchar, negociar y adaptar la intervención a las necesidades individuales. Sin embargo, este ideal convive con limitaciones reales que dificultan su aplicación sistemática.

Asimismo, el plan de parto se identifica como una herramienta clave dentro del proceso comunicativo, entendida como una expresión de las preferencias de la mujer:

M3 → *“Y al final es eso, como una declaración de intenciones de lo que tú quieres”*

No obstante, esta conceptualización también sugiere que el plan de parto puede quedarse en una intención teórica si no se integra de forma efectiva en la práctica clínica, especialmente en contextos de alta presión asistencial.

En relación con los límites del consentimiento informado, las participantes establecen como principal condicionante la presencia de riesgo clínico:

M3 → *“La única barrera es la urgencia vital, y eso lo tiene que entender la gente.”*

Esta idea introduce un elemento clave en el análisis: la tensión entre autonomía y seguridad. Si bien la intervención puede justificarse en situaciones de urgencia, esta justificación puede convertirse en un argumento amplio que limite la participación de la mujer si no se define claramente.

Por último, se identifica la importancia de la transparencia y la capacidad de rectificación en la práctica profesional:

M4 → *“Lo decimos y lo rectificamos.”*

Este testimonio refleja una cierta autocrítica y flexibilidad en la actuación clínica, aunque también pone de manifiesto que pueden producirse decisiones iniciales no consensuadas o mejorables.

Además, las participantes relacionan directamente la información con la seguridad materno-fetal:

M6 → *“Estar informada es también por el bienestar del bebé.”*

Este discurso refuerza la idea de que la información no solo es un derecho de la mujer, sino también un elemento clave para la toma de decisiones clínicas seguras, aunque también puede implicar una cierta orientación del discurso hacia la responsabilidad materna.

Factores estructurales del sistema sanitario

En relación con los factores estructurales, los discursos de las participantes evidencian que la práctica asistencial está profundamente condicionada por limitaciones organizativas, especialmente la falta de personal y la elevada presión asistencial.

Las comadronas describen un contexto en el que la carga de trabajo supera la capacidad real de atención individualizada:

M1 → *“Hay poco personal para el volumen que hay y la atención que requiere”*

M4 → *“Ens falta personal”*

Esta situación no solo afecta a la calidad asistencial, sino que limita directamente la posibilidad de ofrecer una atención centrada en la mujer, dificultando aspectos clave como la comunicación, el acompañamiento o la toma de decisiones compartida.

La presión asistencial emerge como un elemento estructurante de la práctica clínica, marcando el ritmo y las prioridades del cuidado:

M2 → *“La pressió assistencial t'ho marca així”*

M3 → *“Con unos niveles de estrés y de carga de trabajo aún más importantes”*

Esto refleja un modelo asistencial donde las decisiones no se toman únicamente en base a criterios clínicos o necesidades de la mujer, sino también en función de las limitaciones del sistema, lo que puede derivar en una atención más protocolizada y menos personalizada.

Asimismo, el tiempo se identifica como un recurso crítico y claramente insuficiente:

M3 → *“A veces, con diez minutos no nos da para mucho”*

La falta de tiempo impide establecer una relación terapéutica adecuada y reduce la atención a intervenciones más rápidas y resolutivas, alejándose de un modelo de cuidados integrales.

En este sentido, las participantes destacan la importancia del ratio profesional-paciente como un factor determinante en la calidad asistencial:

M6 → *“No és el mateix tindre una llevadora per 3 persones, que posar una per cada persona”*

Esta afirmación pone de manifiesto una desigualdad estructural en la atención, donde no todas las mujeres reciben el mismo nivel de cuidado, en función de los recursos disponibles.

Desde una perspectiva crítica, estos resultados evidencian que las limitaciones estructurales no son neutras, sino que impactan directamente en la experiencia del parto y en la autonomía de la mujer. La falta de recursos y la sobrecarga asistencial contribuyen a sostener un modelo en el que el cuerpo de la mujer se adapta al sistema, en lugar de que el sistema se adapte a sus necesidades.

Además, estas condiciones también afectan a las propias profesionales, que se ven obligadas a trabajar en contextos de alta exigencia y estrés, generando una tensión constante entre el ideal de cuidado que defienden y la práctica real que pueden ofrecer:

M1 → *“Acompañamos la realidad que tiene el paciente”*

Este discurso refleja una cierta resignación profesional ante las limitaciones del sistema, así como una adaptación a un modelo que no siempre permite desarrollar una atención plenamente humanizada debido a los recursos institucionales.

Concepción del parto y modelo asistencial

En relación con la concepción del parto, los discursos de las participantes reflejan una clara tensión entre el ideal del parto fisiológico y la realidad asistencial, donde la intervención aparece como un elemento frecuente y, en muchos casos, justificado.

Las comadronas expresan una preferencia por el parto eutócico y natural como modelo deseable:

M1 → *“Ojalá todas pariésemos partos naturales, eutócicos, pero no es así.”*

Esta afirmación evidencia la existencia de un ideal compartido dentro de la profesión, basado en el respeto a la fisiología del parto. Sin embargo, este ideal se ve constantemente confrontado con la diversidad de situaciones clínicas y corporales.

En este sentido, las participantes introducen una narrativa que legitima la intervención a partir de la variabilidad de las mujeres y sus condiciones:

M3 → *“Los partos, todo el mundo queríamos que fueran eutócicos vaginales... pero por desgracia las mujeres no somos de metro ochenta y pesan 60 kilos (...)”*

Este discurso resulta especialmente relevante desde una perspectiva crítica, ya que pone de manifiesto cómo el modelo asistencial no se adapta plenamente a la diversidad corporal, sino que establece implícitamente un estándar de “normalidad” al que no todas las mujeres se ajustan. Como consecuencia, la diferencia se convierte en motivo de intervención.

Asimismo, los protocolos aparecen como un elemento central en la regulación del proceso del parto:

M1 → *“La verdad es que los protocolos aquí son bastante a favor de la fisiología.”*

M2 → *“Però hi ha com uns protocols que s'han d'engegar.”*

Esta dualidad refleja una ambivalencia estructural: aunque los protocolos se diseñan bajo un enfoque fisiológico, en la práctica también actúan como mecanismos de control que delimitan cuándo y cómo intervenir.

El tiempo se configura como otro factor clave dentro del modelo asistencial:

M2 → *“Has d'intervenir d'una altra manera perquè no estiguis 5 dies de part.”*

M3 → *“Hay unos límites de horas, podemos ser más o menos tolerantes.”*

Estas afirmaciones evidencian que el parto no solo está condicionado por factores biológicos, sino también por tiempos institucionales. Esto introduce una lógica productiva en un proceso fisiológico, donde la duración del parto se convierte en un criterio de intervención.

Por otro lado, las participantes reconocen la necesidad de adaptar la atención a cada situación concreta:

M5 → *“Individualitzem també les situacions(…)”*

Sin embargo, esta intención de individualización convive con la ausencia de estructuras claramente definidas para el parto normal:

M5 → *“(…) no tenim res tampoc instaurat.”*

Esto sugiere que, aunque existe un discurso a favor de la atención personalizada, el sistema no siempre proporciona las herramientas necesarias para llevarla a cabo de manera consistente.

Finalmente, se señala que el parto natural implica necesidades específicas que requieren una atención diferenciada:

M4 → *“Un part natural és especialment intens perquè la dona no porta anestèsia i té altres necessitats.”*

Este reconocimiento pone en valor la complejidad del parto fisiológico, aunque también evidencia que este tipo de atención requiere más tiempo, recursos y acompañamiento, elementos que no siempre están garantizados en el sistema actual.

Violencia obstétrica e intervencionismo en el parto: definición y percepción profesional

En relación con la violencia obstétrica y el intervencionismo, los discursos de las participantes evidencian una fuerte interrelación entre ambos conceptos, mostrando cómo determinadas prácticas clínicas, especialmente cuando no están adecuadamente indicadas o consensuadas, pueden constituir formas de violencia hacia la mujer.

Las participantes reconocen que la violencia obstétrica no siempre se ejerce de manera consciente, sino que en muchas ocasiones forma parte de dinámicas normalizadas dentro de la práctica asistencial:

M1 → *“Sí, y seguramente de manera inconsciente habré ejercido violencia obstétrica en mi práctica, seguro.”*

Este reconocimiento pone de manifiesto un elemento clave: la violencia obstétrica no se limita a conductas individuales intencionadas, sino que se inscribe en un contexto estructural donde determinadas prácticas se reproducen sin ser cuestionadas.

En este sentido, la falta de información y de consentimiento informado emerge como uno de los principales mecanismos a través de los cuales se ejerce esta violencia:

M2 → *“Si jo faig algo i no l'explico a la dona... estic passant per sobre d'ella.”*

M4 → *“Qué peor que se entere después de que le hemos hecho una cosa sin que ella se entere, sin su consentimiento.”*

Estos discursos evidencian cómo la exclusión de la mujer en la toma de decisiones supone una vulneración directa de su autonomía, incluso en situaciones consideradas rutinarias dentro del entorno hospitalario.

Desde una perspectiva más profunda, algunas participantes vinculan la experiencia del parto con la vivencia corporal y sexual de la mujer:

M1 → *“El parto es sexualidad absoluta... si tú ejerces una violencia es como una violación.”*

Esta afirmación introduce una dimensión especialmente relevante, ya que sitúa la violencia obstétrica en el ámbito de la violencia de género, afectando no solo al cuerpo, sino también a la vivencia emocional e íntima del parto. No obstante, también se observa cierta dificultad para sostener plenamente esta afirmación:

M2 → *“No ho equipararia violació com he dit abans (...), estic passant per sobre d'ella.”*

Esta ambivalencia refleja la tensión existente entre el reconocimiento del problema y la resistencia a nombrarlo en toda su magnitud, lo que contribuye a su perpetuación.

Por otro lado, las participantes identifican la presencia de sesgos de género en la atención sanitaria:

M2 → *“Un sesgo de gènere... la salut vista en la dona és diferent que amb els homes.”*

Este sesgo se traduce en una mayor tendencia a intervenir sobre el cuerpo de la mujer, especialmente en el ámbito obstétrico, donde el parto se convierte en un espacio de control clínico más que de acompañamiento.

En este contexto, el intervencionismo aparece como un elemento ambivalente. Por un lado, se reconoce su valor cuando está correctamente indicado:

M1 → *“Los partos instrumentalizados, bien indicados, salvan vidas.”*

Sin embargo, las participantes también describen situaciones donde estas intervenciones responden a factores no clínicos, como la organización del trabajo o la comodidad profesional:

M1 → *“Son las 2:00... me quiero ir a comer... le voy a hacer un fórceps...”, “Te indico una inducción porque así te atiende el parto en 2 días...”*

Estos testimonios evidencian prácticas donde la intervención se utiliza para adaptar el proceso del parto a las necesidades del sistema o del profesional, y no de la mujer, constituyendo formas claras de violencia obstétrica.

Asimismo, se señala el impacto físico de determinadas técnicas, especialmente cuando no están justificadas:

M1 → *“Las espátulas... son cuchillas para el suelo pélvico.”*

Esto pone de manifiesto la potencial agresividad de ciertas intervenciones, cuya indicación debe ser especialmente rigurosa.

Las participantes también destacan que la vivencia del parto depende en gran medida de cómo se realizan estas intervenciones:

M1 → *“(...) Si no està ben indicat, la vivència es dolenta (...)”*

Lo que refuerza la idea de que el problema no es la intervención en sí, sino su uso descontextualizado, sin indicación clara o sin consentimiento.

Además, se describen prácticas concretas que ejemplifican esta problemática:

M2 → *“Trencar la bossa (...) perquè la dona no marxi a casa (...)”, “Fer un part instrumentat (...) veus que té dolor i no se li posa anestèsia.”*

Estos ejemplos reflejan situaciones donde la intervención se impone sobre el bienestar de la mujer, priorizando otros intereses.

Finalmente, las propias participantes reconocen el papel activo de los profesionales en la reproducción de estas dinámicas:

M2 → *“Som els professionals els que estem fent aquesta violència obstètrica.”, “Partim d’uns estudis i una manera de fer que no és la correcta.”*

Por otro lado la frase siguiente evidencia que en el intervencionismo y el parto instrumentalizado muchas veces no se tiene en cuenta el impacto emocional y vivencial en la mujer. Al centrarse en la resolución clínica, se puede ignorar cómo

estas intervenciones afectan a su experiencia, favoreciendo una atención más técnica y menos humanizada.

M5 → *“Desconeixement de l'impacte que pot generar això amb aquesta dona que està tenint el seu fill”*

Este reconocimiento desplaza el foco desde casos individuales hacia una dimensión estructural, donde la formación, la cultura profesional y el modelo asistencial favorecen la medicalización del parto, incluso en situaciones de bajo riesgo:

M4 → *“Un ginecòleg... tiende a patologizar algo más que es de bajo riesgo.”*

En conjunto, estos resultados evidencian que la violencia obstétrica no puede entenderse de forma aislada, sino como parte de un modelo asistencial que, atravesado por sesgos de género y dinámicas organizativas, favorece el intervencionismo y limita la autonomía real de la mujer durante el proceso del parto.

Autonomía profesional de la matrona, jerarquía y desigualdades en la atención

En relación con la autonomía profesional de la matrona, los discursos de las participantes muestran una realidad heterogénea, donde la capacidad de actuación depende en gran medida del contexto asistencial, las dinámicas del equipo y la estructura del sistema sanitario.

Por un lado, algunas participantes describen contextos donde la matrona dispone de un alto grado de autonomía y reconocimiento profesional:

M2 → *“Jo puc fer tot el seguiment de l'embaràs, del part i el postpart sense tenir que consultar res.”*

M4 → *“Ens donen molta llibertat (...) els ginecòlegs confiïm plenament amb nosaltres, som un equip.”*

Estos testimonios reflejan un modelo de trabajo colaborativo, donde la relación con el personal médico se basa en la confianza y el respeto mutuo, permitiendo desarrollar un cuidado más autónomo y centrado en la mujer.

Sin embargo, esta realidad no es homogénea. En otros contextos, la práctica se ve condicionada por estructuras jerárquicas y modelos tradicionales de atención:

M6 → *“La gent que ha estat formada en la ‘vieja usanza’ (...) una primípara una episiotomia sí o sí.”*

Este tipo de discursos pone de manifiesto la persistencia de prácticas obsoletas que responden a una cultura profesional jerárquica y poco cuestionada, donde la autonomía de la matrona y de la mujer queda limitada.

Asimismo, se evidencia que el modelo biomédico sigue teniendo un peso predominante, especialmente en la toma de decisiones clínicas:

M5 → *“En el món de la medicina tot lo que és quantitatiu té molta rellevància (...) el món femení no té tanta importància.”*

Desde una perspectiva feminista, este discurso refleja una infravaloración histórica del conocimiento vinculado al cuerpo de la mujer y al proceso del parto, priorizando indicadores biomédicos frente a la experiencia subjetiva.

En esta línea, las participantes también señalan que el parto, a pesar de su complejidad, tiende a ser minimizado dentro del sistema sanitario:

M5 → *“El part (...) és un moment més, i ja.”*

Esto evidencia una desvalorización de un proceso central en la vida de las mujeres, que contribuye a justificar intervenciones y prácticas poco centradas en sus necesidades.

Por otro lado, las desigualdades en la atención emergen como un elemento clave, especialmente en función del contexto asistencial y socioeconómico:

M2 → *“Depenent del codi postal (...) era molt diferent fer una correcta atenció.”,
“Aquesta llei no arriba a tot.”*

Estos testimonios reflejan que el acceso a una atención de calidad no es equitativo, sino que depende de factores como el territorio o los recursos disponibles, generando brechas en la experiencia del parto.

En este sentido, se identifican diferencias significativas entre el sistema público y el privado. Las participantes destacan carencias en la atención privada, especialmente en el acompañamiento y la información:

M1 → *“Como no se les ofrece una matrona en la privada, hacen seguimiento con el gine y luego van haciendo visitas. Cada 2, 3 meses con la matrona de la primaria”*

M4 → *“Hi ha moltes privades que no tenen pla de part (...) perquè si et dono massa informació em demanaràs masses coses.”*

Este último discurso resulta especialmente relevante, ya que pone de manifiesto una lógica de control de la información, donde limitar el conocimiento de la mujer reduce su capacidad de exigir derechos y participar activamente en su proceso.

En contraste, el sistema público aparece en algunos casos como un espacio de mayor apoyo:

M4 → *“Y les damos un apoyo que no tienen en la privada.”*

No obstante, también se reconocen limitaciones dentro del propio sistema público, como la falta de transparencia o la invisibilización de determinadas prácticas:

M4 → *“Las cosas que suceden se quedan tapadas por el hospital.”*

M3 → *“Cuando no empezamos a hablar... probablemente vemos incidencia cero.”*

Estas afirmaciones evidencian una cultura institucional donde la falta de reconocimiento del problema contribuye a su perpetuación, especialmente en relación con la violencia obstétrica.

Asimismo, se observa que la mayor incidencia de denuncias se concentra en el ámbito hospitalario:

M3 → *“Hay muchos más casos de denuncias (...) a nivel hospitalario que en atención primaria.”*

Lo que sugiere que el modelo hospitalario, más intervencionista y jerarquizado, puede favorecer situaciones de mayor vulnerabilidad para la mujer.

Por otro lado, las participantes ponen en valor el acompañamiento continuo como elemento central del cuidado:

M5 i 6 → *“L’acompanyament sempre està dut a terme per una sola llevadora...”,
“No és tant com acaba sinó com has fet tu l’acompanyament a aquesta dona.”*

Este enfoque contrasta con el modelo biomédico, destacando la importancia del vínculo, la presencia y el respeto al proceso.

Finalmente, se reivindica el valor del parto fisiológico y el papel de la matrona en este contexto:

M3 → *“Para hacer un parto natural se necesitan muy poquitas cosas, ganas y unas manos de una matrona entrenada y mucha paciencia.”*

M5 → *“No has de fer absolutament res... observar el poder del cos de la dona.”*

Estas afirmaciones refuerzan un modelo de atención basado en la confianza en el cuerpo de la mujer, en contraposición a la intervención sistemática.

Sin embargo, este modelo se ve condicionado por factores estructurales, culturales y de género, tal y como se refleja en la siguiente afirmación:

M5 → *“El paradigma... del patriarcal al matriarcal... no ho veurem.”*

Este discurso sintetiza la raíz del problema: la atención al parto sigue estando atravesada por un modelo patriarcal que condiciona tanto la autonomía de las profesionales como la de las mujeres.

Plan de parto y autonomía de la mujer

En relación con el plan de parto y la autonomía de la mujer, los discursos de las participantes reflejan un cambio progresivo hacia un modelo más centrado en la toma de decisiones informada y en el protagonismo de la mujer durante el proceso del parto.

Las participantes sitúan la autonomía como un eje central de la experiencia obstétrica, vinculándola directamente con la capacidad de decidir sobre el propio cuerpo:

M6 → *“Per tu exercir la teva autonomia (...) és el teu cos, tu prens la decisió.”*

Este discurso posiciona a la mujer como sujeto activo del proceso, rompiendo con modelos tradicionales donde el control recaía exclusivamente en el profesional sanitario.

No obstante, también se reconoce que esta autonomía no es constante a lo largo de todo el proceso del parto, especialmente en fases donde la capacidad racional puede verse alterada:

M6 → *“En el moment del part en què la part racional no hi és (...) estàs demanant una altra cosa (...)”*

Esta afirmación introduce un elemento clave: la autonomía no puede entenderse únicamente como decisión puntual, sino como un proceso que requiere anticipación, diálogo previo y acompañamiento continuo. En este sentido, el plan de parto se configura como una herramienta fundamental.

Las participantes definen el plan de parto como un elemento que permite expresar preferencias, expectativas y necesidades:

M3 → *“El plan de parto es como una declaración de principios (...)”*

A través de este instrumento, se facilita la comunicación entre la mujer y el equipo sanitario, permitiendo establecer un marco de actuación consensuado. Sin embargo, su valor no reside únicamente en el documento en sí, sino en el proceso de diálogo que genera.

Asimismo, se destaca el impacto colectivo que ha tenido el desarrollo del plan de parto, vinculado directamente a la movilización de las mujeres:

M4 → *“Va ser una iniciativa de les dones... escrivien cartes als hospitals (...)”,
“Gràcies a aquesta mobilització (...) el departament de salut...”*

Este origen sitúa el plan de parto dentro de un movimiento de reivindicación feminista, donde las mujeres han reclamado un modelo de atención más respetuoso, evidenciando que los cambios en la práctica clínica no surgen únicamente desde el sistema, sino también desde la presión social.

En esta línea, las participantes destacan la importancia del empoderamiento como condición necesaria para ejercer la autonomía:

M3 → *“Empoderar a las mujeres para que tomen sus propias decisiones y pidan aquello que necesiten.”*

Sin embargo, este discurso también revela una tensión: al igual que en otros apartados, la responsabilidad de garantizar la autonomía recae parcialmente en la propia mujer, lo que puede generar desigualdades en función de su capacidad para posicionarse dentro del sistema.

Por otro lado, se pone en valor que la experiencia del parto no se define únicamente por el resultado clínico, sino por la forma en que ha sido vivida:

M6 → *“La dona no és la manera en què acaba el part, sinó com ha estat acompanyada.”*

Este enfoque desplaza el foco desde el resultado hacia la experiencia, destacando la importancia del acompañamiento respetuoso como elemento central del cuidado.

En este sentido, algunas participantes señalan que, en determinados contextos, es posible adaptar la atención a las preferencias de la mujer:

M2 → *“Tenim la sort que podem atendre els parts una miqueta com les dones volen.”*

No obstante, esta posibilidad no es universal, sino que depende del contexto asistencial y de los recursos disponibles.

Finalmente, se subraya el papel de la confianza como base del proceso:

M1 → *“Yo siempre digo que lo que quiero trabajar es la confianza (...) que vivan lo que vivan siendo protagonistas.”*

Este discurso pone de manifiesto que el objetivo no es garantizar un parto idealizado, sino asegurar que la mujer mantenga el control y el protagonismo de su experiencia, independientemente del desarrollo clínico.

Además, se reivindica el valor del cuerpo de la mujer como elemento central del proceso:

M5 → *“És fascinant veure el cos de la dona (...)”*

Esta afirmación refuerza un modelo que reconoce la capacidad fisiológica del cuerpo femenino, en contraposición a su medicalización sistemática.

Por último, se sugiere que la incorporación del plan de parto ha generado cambios en la práctica asistencial:

M4 → *“Els plans de parts (...) van portar un canvi.”*

Sin embargo, este cambio no es uniforme ni completo, lo que indica que la autonomía de la mujer sigue estando condicionada por factores estructurales y culturales.

8. DISCUSIÓN

En relación con la **comunicación y el consentimiento informado**, las entrevistas muestran que la calidad de la información proporcionada a la mujer y la existencia de una toma de decisiones compartida influyen de forma directa en la vivencia del parto. Las matronas destacan que una comunicación clara, basada en el consentimiento informado y en la explicación adecuada de riesgos y procedimientos, actúa como elemento protector frente a experiencias percibidas como deshumanizadas. Este hallazgo coincide con estudios previos que señalan que la ausencia de escucha, información o participación de la mujer favorece situaciones vinculadas a la violencia obstétrica. (35) (36) Asimismo, las entrevistas reflejan que, en algunos casos, la toma de decisiones continúa realizándose desde modelos paternalistas, limitando la autonomía de la mujer durante el proceso de parto. (31) (32)

Respecto a los **factores estructurales del sistema sanitario**, las matronas identifican la sobrecarga asistencial, la falta de profesionales y las limitaciones organizativas como elementos que condicionan la calidad de la atención. En el ámbito público, la presión asistencial y la escasez de recursos dificultan ofrecer cuidados individualizados y favorecen dinámicas de despersonalización. (14) Estos resultados apoyan la idea de que la violencia obstétrica no se configura únicamente a partir de prácticas individuales, sino también como consecuencia de estructuras sanitarias y organizativas que condicionan la práctica clínica. (5) (6)

En relación con la **concepción del parto y el modelo asistencial**, las participantes coinciden en definir el parto como un proceso fisiológico que debe respetar los tiempos biológicos y adaptarse a las necesidades de cada mujer. Esta visión se alinea con las recomendaciones internacionales y con estudios que defienden una atención centrada en la mujer y basada en la no patologización del parto. (26) (27) Sin embargo, las entrevistas evidencian una tensión constante entre este enfoque y el modelo médico-centrista e intervencionista, especialmente en contextos marcados por protocolos rígidos y dinámicas hospitalarias orientadas a la eficiencia. (27) (29)

En cuanto a la categoría de **violencia obstétrica: definición y percepción profesional**, uno de los hallazgos más relevantes es la normalización de determinadas prácticas

consideradas habituales dentro de la atención obstétrica. Algunas intervenciones son percibidas por los profesionales como necesarias o rutinarias, pese a que pueden vulnerar la autonomía y dignidad de las mujeres. Estos resultados coinciden con investigaciones previas que describen la existencia de una violencia estructural e invisibilizada, así como dificultades para identificar ciertas prácticas como formas de violencia obstétrica. (16) Desde una perspectiva de género, las entrevistas también reflejan dinámicas relacionadas con la infantilización de la mujer y la normalización histórica del sufrimiento femenino, expresada en discursos como “parir duele, es normal”, considerados formas de violencia simbólica y desigualdad de género en la atención sanitaria. (28) (29)

En relación con el **intervencionismo y el parto instrumentalizado**, las matronas reconocen que determinadas intervenciones pueden estar clínicamente justificadas; sin embargo, también identifican situaciones donde el uso de instrumental o ciertas prácticas se realizan de forma excesiva o poco individualizada. Las participantes señalan que este intervencionismo puede afectar negativamente a la experiencia de parto de las mujeres, especialmente cuando las intervenciones no se acompañan de información suficiente o no respetan las preferencias expresadas por la gestante. Estos hallazgos coinciden con estudios que alertan sobre el impacto del exceso de medicalización en la vivencia del parto. (16) (27)

Respecto a la **autonomía profesional de la matrona y la jerarquía sanitaria**, los resultados ponen de relieve el papel central de la matrona dentro de la atención obstétrica, aunque condicionado por limitaciones institucionales y relaciones jerárquicas con otros profesionales sanitarios. Las entrevistas reflejan tensiones entre el modelo centrado en la mujer defendido por las matronas y las dinámicas médico-centristas predominantes en algunos entornos asistenciales. A pesar de ello, las participantes identifican su rol como clave para promover prácticas más humanizadas y respetuosas, aspecto también señalado en la literatura científica. (16)

En relación con el **plan de parto y la autonomía de la mujer**, las matronas consideran esta herramienta fundamental para favorecer el empoderamiento, la expresión de preferencias y la participación activa de la mujer durante el proceso de parto. No obstante, las entrevistas muestran que su aplicación práctica depende en gran medida

del contexto institucional y de la actitud de los profesionales sanitarios. Estos resultados coinciden con estudios que describen la existencia de una brecha entre el reconocimiento teórico del plan de parto y su implementación real en la práctica clínica. (19)

Finalmente, en la categoría de **desigualdades en la atención y contexto asistencial**, las participantes describen diferencias relevantes entre la sanidad pública y privada. En el ámbito público predominan problemáticas relacionadas con la carga asistencial y la limitación de recursos, mientras que en el sector privado se identifican mayores niveles de intervencionismo, especialmente en relación con cesáreas e inducciones no siempre justificadas clínicamente. (16) Asimismo, las entrevistas reflejan variabilidad en las prácticas clínicas y desigualdades derivadas del contexto institucional y socioeconómico, lo que evidencia que ambos modelos asistenciales presentan riesgos distintos en relación con la vulneración de los derechos de las mujeres.

9. CONCLUSIÓN

La atención al parto no puede entenderse únicamente como un proceso clínico, sino como un espacio atravesado por relaciones de poder, condicionantes estructurales y desigualdades de género que impactan tanto en la experiencia de las mujeres como en la práctica profesional de las matronas. El respeto al plan de parto no depende exclusivamente de la evidencia científica, sino también del modelo asistencial y del contexto institucional donde se desarrolla la atención.

Las diferencias entre sanidad pública y privada no implican necesariamente una mayor calidad en uno u otro ámbito. El sistema público se encuentra condicionado por la sobrecarga asistencial, la falta de recursos y la presión organizativa, mientras que el sector privado presenta mayores niveles de intervencionismo y medicalización, en ocasiones desvinculados de una necesidad estrictamente clínica. Ambos modelos, por vías distintas, pueden comprometer la autonomía de la mujer y limitar una atención verdaderamente centrada en sus necesidades.

En este contexto, el rol de la matrona emerge como un elemento clave a lo largo de todo el estudio, aunque profundamente condicionado por las dinámicas institucionales y jerárquicas del sistema sanitario. Las matronas representan un modelo de cuidado basado en la fisiología del parto, la escucha activa, el acompañamiento y la humanización de la atención. Sin embargo, su autonomía profesional continúa viéndose limitada por estructuras biomédicas donde el control técnico y la protocolización siguen ocupando una posición dominante. Esta tensión refleja un conflicto estructural entre el paradigma tecnocrático y el paradigma del cuidado integral.

La violencia obstétrica se confirma como una realidad compleja y frecuentemente normalizada. No se limita a prácticas intencionales o explícitas, sino que se sostiene en dinámicas históricamente asumidas que priorizan el control sobre el cuidado y dificultan su identificación incluso por parte de las propias profesionales. La infantilización de la mujer, la minimización de su dolor, la falta de consentimiento informado o la imposición de decisiones clínicas evidencian cómo determinadas formas de violencia permanecen integradas dentro de la rutina asistencial.

Asimismo, el parto fisiológico se asocia a una mayor participación y protagonismo de la mujer en su proceso reproductivo, mientras que el parto instrumentalizado, aunque necesario en determinadas situaciones clínicas, puede vivirse como invasivo cuando no existe información clara, comunicación adecuada ni consentimiento plenamente informado. Por tanto, el problema no reside únicamente en la intervención, sino en cómo se aplica y desde qué modelo de atención se justifica.

Las principales barreras para un parto respetado identificadas en este estudio son de carácter estructural: la presión asistencial, los protocolos rígidos, las jerarquías sanitarias y la organización institucional. Frente a ello, la comunicación terapéutica, la continuidad asistencial, el respeto al plan de parto y el fortalecimiento de la autonomía profesional de las matronas actúan como facilitadores fundamentales para mejorar la experiencia obstétrica.

En este sentido, avanzar hacia una atención más respetuosa requiere medidas concretas: implementar cuestionarios estandarizados de calidad y satisfacción postparto que evalúen la experiencia de las mujeres y el cumplimiento del plan de parto; reforzar la autonomía real de las matronas dentro de los equipos obstétricos; reducir la sobrecarga asistencial en el sistema público; revisar el exceso de intervencionismo en el ámbito privado; e integrar de forma obligatoria la perspectiva de género, la comunicación y el consentimiento informado en la práctica clínica y en la formación sanitaria. Asimismo, resulta imprescindible consolidar el plan de parto como una herramienta vinculante y no meramente orientativa.

Desde una perspectiva feminista, la violencia obstétrica no constituye un fallo puntual del sistema sanitario, sino la expresión de un modelo históricamente androcéntrico que continúa situando el cuerpo de las mujeres como objeto de intervención y control. Mientras el cuerpo gestante siga siendo abordado desde dinámicas de control clínico y aplicación rígida de protocolos, y no plenamente reconocido como un espacio de derechos, la atención al parto no será únicamente una cuestión sanitaria, sino también ética, social y política. Transformar esta realidad no es una opción ideológica ni un acto simbólico: es una necesidad estructural y una responsabilidad profesional.

10. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

- Incorporar la **perspectiva de mujeres** que hayan vivido experiencias de violencia obstétrica, para complementar la visión profesional y analizar su impacto emocional y asistencial.
- Investigar la persistencia y normalización de la violencia obstétrica dentro del sistema sanitario, así como la falta de reconocimiento homogéneo del fenómeno.
- Implementar y evaluar **encuestas de satisfacción postparto** que incluyan aspectos como el consentimiento informado, la comunicación profesional y el respeto al plan de parto, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial.

11. TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO

Participamos los días 16 y 17 de abril de 2026 en el “III Congreso Internacional y XII Jornadas Nacionales de Profesorado de la CNDE, junto con el III Encuentro Nacional de Estudiantes de Enfermería de la CNDE”, donde presentamos un póster piloto relacionado con nuestro Trabajo de Fin de Grado (TFG) (*Anexo 8*).

Fue nuestra primera participación en un congreso con la presentación de un póster y la vez que compartimos públicamente nuestro trabajo, aunque en esta ocasión no incluía defensa oral.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Cordones Carmona M, Blázquez Vilaplana MB. El personal sanitario frente a la violencia obstétrica: una primera aproximación para el debate. *iQual Rev Gènere Igualtat*. 2023. <https://doi.org/10.6018/igual.539271>
2. Ministerio de Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023 [citado 2025 Nov 20]. p. 85-88. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf
3. Ciruela P, Mendioroz J, Prats B, Vidal MJ. Indicadors de salut perinatal a Catalunya. Any 2024 [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2024 [citado 2025 Nov 20]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/13550/Indicadors-salut-perinatal-catalunya-2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Naciones Unidas. 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 [Internet]. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas; 2019 [citado 2025 Nov 20]. Disponible en: <https://docs.un.org/es/a/74/137>
5. Gebeyehu NA, Adella GA, Tegegne KD. Disrespect and abuse of women during childbirth at health facilities in Eastern Africa: systematic review and meta-analysis. *Front Med* (Lausanne). 2023;10:1117116. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1117116>
6. Collins EC, Burns ES, Dahlen HG. “It was horrible to watch, horrible to be a part of”: Midwives’ perspectives of obstetric violence. *Women Birth*. 2024;37(4):101631. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.101631>
7. Requena Aguilar A. Matronas y expertas responden a los colegios de médicos: “La violencia obstétrica sí existe” [Internet]. *elDiario.es*; 2021 [citado 2025 Des 3]. Disponible en: https://www.eldiario.es/nidos/matronas-expertas-responden-colegios-medicos-violencia-obstetrica-si-existe_1_8160044.html
8. Organización Médica Colegial. El CGCOM rechaza el concepto de “violencia obstétrica” para describir las prácticas profesionales de asistencia al embarazo, parto

- y posparto en España [Internet]. Médicos y Pacientes; 2021 [citado 2025 Des 3]. Disponible en: <https://www.medicosypacientes.com/articulo/el-cgcom-rechaza-el-concepto-de-violencia-obstetrica-para-describir-las-practicas/>
9. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gac Sanit.* 2021;35(3):211-212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
 10. Sánchez M. Laia Casadevall, matrona y escritora: “Nombrar la violencia obstétrica como violencia rompe con la idea de que todo se hace por el bien de la paciente” [Internet]. *El País.* 2026 Mar 28 [citado 2025 Des 27]. Disponible en: <https://elpais.com/mamas-papas/2026-03-28/laia-casadevall-matrona-y-escritora-nombrar-la-violencia-obstetrica-como-violencia-rompe-con-la-idea-de-que-todo-se-hace-por-el-bien-de-la-paciente.html>
 11. Requena Aguilar A. Parir en un hospital privado aumenta un 52% la probabilidad de cesárea [Internet]. *Código Nuevo.* 2025 Oct 20 [citado 2025 Des 27]. Disponible en: <https://www.codigonuevo.com/yo/salud/parir-en-un-hospital-privado-aumenta-un-52-la-probabilidad-de-cesarea-GF2153932>
 12. Falcó O. Por qué las cesáreas se han disparado en la sanidad privada [Internet]. *Público.* 2025 Nov 20 [citado 2026 Fer 21]. Disponible en: <https://www.publico.es/sociedad/cesareas-han-disparado-sanidad-privada.html>
 13. Toledo MC. Parir: una lucha contra la violencia obstétrica [Internet]. *VICE.* 2019 Jun 20 [citado 2026 Feb 21]. Disponible en: <https://www.vice.com/es/article/parir-una-lucha-contra-la-violencia-obstetrica/>
 14. Baeza L, de la Rúa Á. Helena Eyimi, matrona: “Hay una actitud paternalista y patriarcal hacia la mujer en el sistema médico” [video en Internet]. *El País.* 2025 Mar 4 [citado 2026 Feb 21]. Disponible en: <https://elpais.com/videos/2025-03-04/helena-eyimi-matrona-hay-una-actitud-paternalista-y-patriarcal-hacia-la-mujer-en-el-sistema-medico.html>
 15. Galle A, Berghman H, Mariani I, Verdecchia M, Bomben A, Vik ES, et al. Experiences of disrespect and abuse during childbirth in the World Health Organization European region: a mixed-method study among 22 countries. *Int J Gynecol Obstet.* 2026;172(3):1576-1590. <https://doi.org/10.1002/IJGO.70516>

16. Mira-Catalá P, Hernández-Aguado I, Chilet-Rosell E. Respectful maternity care interventions to address women mistreatment in childbirth: what has been done? BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(1):322. <https://doi.org/10.1186/S12884-024-06524-W>
17. Ballesta-Castillejos A, Rodríguez-Almagro J, De-Mateos SG, Ortiz-Esquinas I, Martínez-Galiano JM, Hernández-Martínez A. Influence of abuse and disrespect during childbirth on early initiation of breastfeeding. Int Breastfeed J. 2025;20(1). <https://doi.org/10.1186/S13006-025-00709-5>
18. Reynolds JL. Women's experiences of emotional abuse during childbirth in England and its association with postnatal mental health [tesis doctoral en Internet]. York: University of York; 2015 [citado 2026 Jan 25]. Disponible en: <https://etheses.whiterose.ac.uk/id/eprint/12829/1/247158.pdf>
19. Fernández Guillén F. Historia de El Parto es Nuestro I [Internet]. 2020 Dic 25 [citado 2026 Jan 25]. Disponible en: <https://www.franciscafernandezguillen.com/historia-de-el-parto-es-nuestro/>
20. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [citado 2026 Jan 25]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/Estrategia_de_atencion_al_parto_normal_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud.pdf_1.pdf
21. Departament de Salut. Secretaria de Salut Pública de Catalunya. Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya [Internet]. 2a ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2020 [citado 2026 Jan 26]. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol-part-i-puerperi/protocol_part_i_puerperi.pdf
22. Camprubí R, Subirana RC. Metodologías cualitativas para la investigación [Internet]. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2019 [citado 2026 Feb 10]. Disponible en: <https://openaccess.uoc.edu/server/api/core/bitstreams/d704e685-96f5-4ccd-bc40-a07de17679d4/content>

23. Escuriet R, Pueyo M, Biescas H, Colls C, Espiga I, White J, et al. Obstetric interventions in two groups of hospitals in Catalonia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):143. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-143>
24. Aceituno-Velasco L. Tasa de partos instrumentales en España. *Prog Obstet Ginecol*. 2009;52(10):609-615. [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(09\)72629-9](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(09)72629-9)
25. Silva CHM, Laranjeira CLS, Pinheiro WF, de Melo CSB, Campos e Silva VO, Brandão AHF, et al. Pregnant women autonomy when choosing their method of childbirth: scoping review. *PLoS One*. 2024;19(6):e0304955. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0304955>
26. De la Fuente C. El parto medicalizado se impone al natural [Internet]. *El País*. 2007 Oct 11 [citado 2026 Mar 1]. Disponible en: https://elpais.com/diario/2007/10/11/sociedad/1192053605_850215.html
27. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gac Sanit*. 2021;35(3):211-212. doi:10.1016/j.gaceta.2020.06.019
28. Cifre RL, Salazar AF. Violencia obstétrica: la perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investig Fem (Madr)*. 2019;10(1):167-184. <https://doi.org/10.5209/infe.60886>
29. Maravall-Buckwalter IM. Violencia obstétrica. *Eunomia Rev Cult Leg*. 2025;(28):350-376. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/EUNOM/article/view/9501>
30. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, Valero-Chillerón MJ, Llagostera-Reverter I, Mahiques-Llopis J. Obstetric violence during the SARS-CoV-2 pandemic in Spain: a descriptive study. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2025;35(2):102151. doi:10.1016/j.enfcle.2025.102151
31. Sánchez Borrero R. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención sanitaria. *Rev Estud Eur*. 2023;(82):233-252. Disponible en: <https://revistas.uva.es/index.php/ree/article/view/7779>
32. Morla González M. La violencia obstétrica ante el Derecho: contrastes normativos entre México y España. *Rev Jurídica Univ León*. 2025;(13):29-41. <https://doi.org/10.18002/rjule.i13.9469>
33. Domínguez Alcón C. Marie-Françoise Collière Biographie: Une oeuvre dédiée à la

- compréhension du prendre soin, de Annie Denayrolles [comentario de texto]. Temperamentvm [Internet]. 2014 [citado 2026 Mar 7];20:t2414. Disponible en: <https://www.index-f.com/temperamentum/tn20/t2414.php>
34. Gómez Gómez F, Gaitán Muñoz L. El parto y sus metáforas: de la violencia obstétrica al parto respetado. *Musas Rev Investig Mujer Salud Soc*. 2017;2(2):129-146. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3557777>
 35. Rodríguez-Jiménez S, Cárdenas-Jiménez M, Pacheco-Arce AL, Ramírez-Pérez M. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enferm Univ*. 2014;11(4):145-153. [https://doi.org/10.1016/S1665-7063\(14\)70927-3](https://doi.org/10.1016/S1665-7063(14)70927-3)
 36. Reyes-Amargant Z, Fuentes-Pumarola C, Roqueta-Vall-Llosera M, Garre-Olmo J, Ballester-Ferrando D, Rascón-Hernán C. Obstetric violence: perspectives from mothers, midwives, and obstetricians. *Front Glob Womens Health*. 2025;6. <https://doi.org/10.3389/FGWH.2025.1609632>
 37. Habermann-Little B. Qualitative research methodologies: an overview. *J Neurosci Nurs*. 1991;23(3):188-190. <https://doi.org/10.1097/01376517-199106000-00011>
 38. Montes Muñoz MJ, editor. Las mujeres y el parto: prácticas de atención y cuidado en salud. Granada: Universidad de Granada; 2012. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=144495>
 39. Valls-Llobet C. Mujeres, salud y poder. Madrid: Cátedra; 2009. https://www.catedra.com/libro/mujeres-salud-y-poder_9788437626161/
 40. Valls-Llobet C. Mujeres invisibles para la medicina. Barcelona: Capitán Swing; 2020. <https://capitanswing.com/libros/mujeres-invisibles-para-la-medicina/>
 41. Casas-Cordero F. Sesgos de género y racialización en medicina y en inteligencia artificial aplicada a la salud [Internet]. Ellipse PRBB. 2025 Jun 10 [citado 2026 Mar 17]. Disponible en: <https://ellipse.prbb.org/es/sesgos-de-genero-y-racializacion-en-medicina-y-en-inteligencia-artificial-aplicada-a-la-salud/>
 42. Instituto de la Mujer. Debate 51. Género y salud: XII Jornadas de la Red de Investigación en Salud y Género [Internet]. Madrid: Ministerio de Igualdad, Gobierno de España; 2008 [citado 2026 Mar 19]. Disponible en:

- https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/salud/Experiencias/docs/Debate51GeneroSaludX_yXIJornadas.pdf
43. Valls-Llobet C. La salud bio-psico-social re-generada. *Quad Psicol.* 2010;12(2):175-181. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.807>
 44. Domínguez P. Procesos de subjetivación y salud en mujeres cuidadoras desde un enfoque feminista y participativo [tesis doctoral en Internet]. Valencia: Universitat de València; 2022 [citado 2026 May 19]. Disponible en: <https://www.uv.es/igualtat/webnova2014/Olga2022/pilardominguez.pdf>
 45. Renjith V, Yesodharan R, Noronha JA, Ladd E, George A. Qualitative methods in health care research. *Int J Prev Med.* 2021;12:20. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_321_19
 46. Benner P. De novato a experto: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica. *Rev Cubana Enfermer.* [Internet]. 2018. [citado 2026 Jan 15]; 34(2):421-432 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2018/cnf182o.pdf>
 47. García Jordá D. Violencia obstétrica: una realidad invisibilizada [Internet]. Castilla-La Mancha: Universidad de Castilla-La Mancha; 2022 [citado 2026 May 19]. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/server/api/core/bitstreams/fdf77886-6075-453a-b7cc-731232b56e77/content>
 48. Schettini P, Cortazzo I. Análisis de datos cualitativos en la investigación social: procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP); 2015. <https://doi.org/10.35537/10915/49017>
 49. Fundación iS+D. La finalidad de la metodología cualitativa [Internet]. 2018 Sep 26 [citado 2026 May 19]. Disponible en: <https://isdfundacion.org/2018/09/26/la-finalidad-de-la-metodologia-cualitativa/>
 50. Benavides MO, Gómez-Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2005;34(1):118-124. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 51. Institut Català de la Salut. Pla de naixement [Internet]. Tarragona: Hospital Universitari Joan XXIII; 2023 [citado 2025 Dec 20]. Disponible en: <https://icscampdetarragona.cat/wp-content/uploads/2023/05/Pla-de-naixement-2.pdf>

52. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chillerón MJ. Obstetric violence in Spain (Part I): women's perception and interterritorial differences. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):7726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
53. Ministerio de Sanidad. La violencia obstétrica a debate [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2026 [citado 2025 Dec 20]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6796>
54. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Valero-Chillerón MJ, Andreu-Pejó L, Cervera-Gasch Á. Obstetric violence in Spain (Part III): healthcare professionals, times, and areas. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7):3359. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073359>
55. El debate | ¿Hay que legislar sobre la violencia obstétrica? [Internet]. El País. 2025 May 14 [citado 2025 Dec 21]. Disponible en: <https://elpais.com/opinion/2025-05-14/el-debate-hay-que-legislar-sobre-la-violencia-obstetrica.html>
56. Martínez-Galiano JM, Rodríguez-Almagro J, Rubio-Álvarez A, Ortiz-Esquinas I, Ballesta-Castillejos A, Hernández-Martínez A. Obstetric violence from a midwife perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(6):4930. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064930>
57. Llagostera-Reverter I, Ortiz-Mallasén V, Mejuto-Prego M, Mena-Tudela D. Factors associated with the perception of obstetric violence and its emotional impact on healthcare training: a cross-sectional study. *Nurs Rep*. 2025;15(12):425. <https://doi.org/10.3390/nursrep15120425>
58. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2015;12(6):e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>

13. ANEXOS:

Anexo 1: Gráficas con explicación de datos públicos y privados.

Gráfica 1: Porcentaje de trauma obstétrico en parto vaginal en hospital del SNS.

Fuente: Ministerio de Sanidad. (2023). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023 (2)

Porcentaje de trauma obstétrico en parto vaginal en hospitales del SNS

Gráfico 5-28 Porcentaje de trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado en hospitales del SNS según comunidad autónoma, y evolución temporal del total nacional. España, 2012-2022^{115,116}

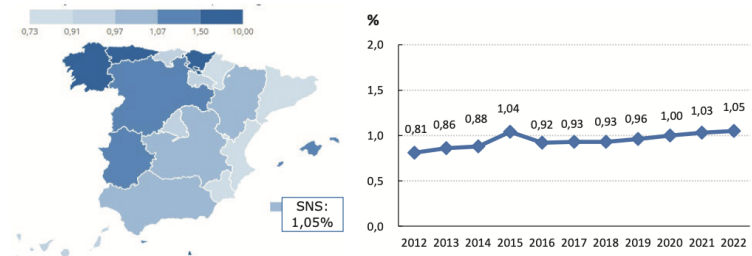
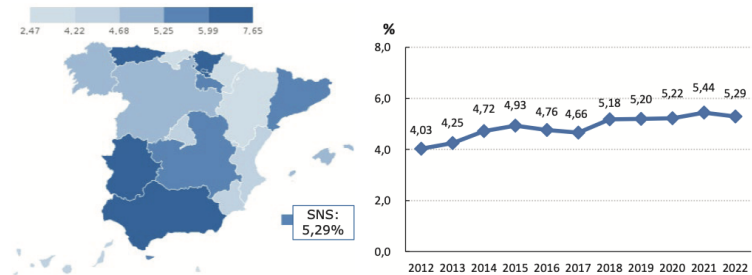
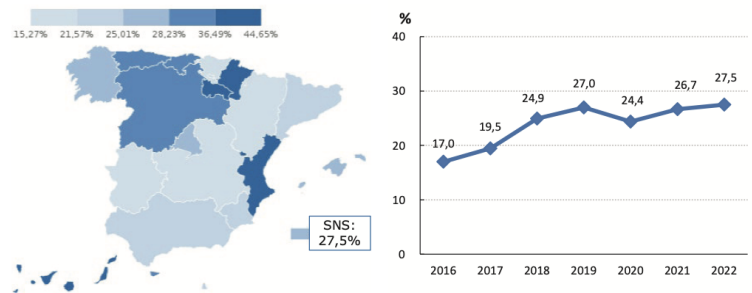


Gráfico 5-29 Porcentaje de trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado en hospitales del SNS según comunidad autónoma, y evolución temporal del total nacional. España, 2012-2022^{115,116}



Tasa de inducción médica del parto en hospitales del SNS

Gráfico 5-30 Tasa de inducción médica del parto (oxitocina y otros) en hospitales del SNS según comunidad autónoma, y evolución temporal del total nacional. España, 2016-2022^{115,117}



¹¹⁵ Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

¹¹⁶ Observaciones: se entienden por trauma obstétrico los desgarros perineales severos (GIII y GIV).

¹¹⁷ Observaciones: la tasa de inducción médica del parto es el porcentaje de partos vaginales en los que se ha inducido médicamente la maduración cervical antes del inicio espontáneo del parto, administrando oxitocina u otras sustancias farmacológicas.

Anexo 2: Distribución de los niños según el tipo de parto y la titularidad del centro.

Tabla 5: Distribución de los neonatos según el tipo de parto y la titularidad del centro

Fuente: Departamento de Sanidad (3)

Taula 14. Distribució dels nadons segons el tipus de part i la titularitat del centre

Tipus de part	Centres inclosos al SISCAT		Centres privats no inclosos al SISCAT		Centres d'atenció al part no hospitalaris*	
	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%
Vaginal	26.730	65,3	6.786	54,3	186	94,9
Per cesària	10.618	25,9	4.646	37,2	6+	3,1
Instrumental**	3.521	8,6	1.058	8,5	2+	1,0
De natges	70	0,2	10	0,1	2+	1,0
Total	40.939	100	12.500	100	196	100

* Inclou parts a domicili. ** Mitjançant ventosa o forceps. + Nombre de parts que assenyalen derivació a centre hospitalari.

Anexo 3: Noticias de la actualidad relacionadas con la violencia obstétrica.

Imagen 1: Noticia 1

Fuente: El País (10)

VIOLENCIA OBSTÉTRICA >

Laia Casadevall, matrona y escritora: “Nombrar la violencia obstétrica como violencia rompe con la idea de que todo se hace por el bien de la paciente”

La también divulgadora publica su tercer libro, en el que pone el foco en las dinámicas del sistema sanitario que vulneran los derechos de las mujeres en el embarazo y el parto. En ‘No estás sola’ ofrece también recursos y acompañamiento para quienes han vivido estas experiencias

Imagen 2: Noticia 2

Fuente: Código Nuevo (11)



Imagen 3: Noticia 3

Fuente: Público (12)



Imagen 4: Noticia 4

Fuente: El País (14)

SOCIEDAD

Educación Sanidad Migración Medio Ambiente Sucesos Gente

Tiempo de lectura: 8 min

Por qué las cesáreas se han disparado en la sanidad privada

Profesionales sanitarias y expertas denuncian que las intervenciones no justificadas o por "conveniencia" constituyen violencia obstétrica y reclaman un modelo liderado por matronas que respete el parto fisiológico.

Imagen 5: Noticia 5

Fuente: VICE (13)

Parir: una lucha contra la violencia obstétrica

Por **María Cecilia Toledo** junio 20, 2019, 4:00pm

Compartir:



Artículo publicado por VICE Argentina

A Valeria, su partera le dijo: “Nena, cerrá las piernas que se te va a caer la piba” cuando llegó a un hospital privado de Argentina, con siete de dilatación y la obstetra no respondía los llamados telefónicos para presentarse al parto. Cuenta que después de parir, la dejaron 45 minutos en el pasillo de la clínica. Los camilleros se olvidaron que tenían que bajarla a la habitación, o según dice Emilia, nadie les avisó. Inmovilizada por la anestesia, temblando de frío y lejos de su hijo recién nacido, pasó el cuarto de hora más largo de su vida mientras se perdía de compartir junto a su bebé la llamada hora sagrada: un tiempo de reconocimiento, inmediatamente posterior al parto, en el que el contacto físico tiene efectos en el vínculo y en la salud del bebé tanto inmediatos como a largo plazo.

Anexo 4: Plan de nacimiento Joan XXIII (50)

Plan de nacimiento

Plan de nacimiento de (nombre y apellidos de la gestante):

.....

Fecha de nacimiento NHC

Introducción

El principio básico de nuestro centro es ofrecer una atención al parto centrada en las necesidades de las gestantes y sus respectivas parejas o acompañantes, brindándoles la posibilidad de tomar decisiones en la mayor cantidad de aspectos relacionados, de acuerdo con sus preferencias, respetando la fisiología del parto y proporcionando una atención individualizada con la intervención obstétrica adecuada y consensuada en cada momento.

El Hospital Joan XXIII es un centro universitario, por lo tanto, además de los profesionales del Servicio de Ginecología y Obstetricia, hay estudiantes y profesionales en período de formación. Toda persona que los atienda se presentará e identificará de acuerdo con su categoría profesional.



Durante su ingreso en el Hospital, tendrán una matrona de referencia que les acompañará durante el proceso y estará en contacto con el resto de profesionales del equipo involucrados en el parto y los cuidados del bebé.

Charlas informativas en el Hospital

Cada mes, las matronas del Hospital realizan sesiones informativas para explicar la atención al parto normal y resolver cualquier tipo de duda que las gestantes y sus parejas o acompañantes puedan tener sobre la atención al parto en nuestro centro.

Encontraréis la información de las charlas en el siguiente enlace:

<https://icscampdetarragona.cat/es/hj23-servicios/ginecologia-i-obstetricia/sesiones-informativas-de-atencion-al-parto/>



Generalitat
de Catalunya

/Salut

Plan de nacimiento

El objetivo de este documento es brindar a todas las mujeres la oportunidad de expresar por escrito sus voluntades, deseos y expectativas para la atención de su parto, siempre que existan alternativas igualmente eficaces y seguras.

Durante el embarazo, los profesionales que las atiendan les proporcionarán información para que puedan tomar decisiones informadas.

La voluntad expresada en este documento puede modificarse en cualquier momento, debido al cambio de opinión de la propia gestante o a la aparición de circunstancias imprevistas durante el parto que modifiquen el riesgo. Esto podría implicar la necesidad de apartarse de este plan de parto en aspectos relacionados con el riesgo y respetar aquellos que no lo afecten, siempre con información y consentimiento previos.

Acompañante durante el parto:

- ☐ Me gustaría tener una persona que me acompañe durante todo el proceso del parto.
- ☐ Prefiero estar sola durante el proceso del parto.
- ☐ Otros:.....
.....

Material de soporte

- ☐ Cojín para aplicar calor (Se debe llevar de casa.)
- ☐ Música y auriculares (Se debe llevar de casa.)
- ☐ Aceites esenciales (Se debe llevar de casa.)
- ☐ Espejo.
- ☐ Silla de partos.
- ☐ Pelota para la dilatación.
- ☐ Saco de semillas o bolsa de frío/calor (Se debe llevar de casa.)
- ☐ Otros:
.....

Período de dilatación

Procuraremos que en este período dispongan de la máxima libertad de movimientos y puedan elegir la posición que les resulte más cómoda, siempre controlando tanto su seguridad y bienestar como el del bebé. La matrona les explicará qué posiciones pueden favorecer la evolución de este período.

Las exploraciones vaginales (los tactos), cuando sean necesarios, se realizarán preservando su intimidad y con su consentimiento verbal.

- ☐ Me gustaría poder caminar y moverme libremente.
- ☐ No tengo preferencias relacionadas con la movilidad.
- ☐ Me gustaría, si las condiciones de la evolución del parto lo permiten, que no se acelerase el proceso del parto con el uso de oxitocina endovenosa, excepto que sea un parto inducido y/o estacionado.
- ☐ Me gustaría que se me respetase la integridad de la bolsa de aguas y que, si por necesidades clínicas fuese necesario romperla, me explicaran los motivos.
- ☐ No tengo preferencias.

La hidratación durante el parto es importante y, en general, se puede comer y beber durante la primera fase de dilatación. Si desea anestesia epidural, solo podréis beber líquidos claros sin pulpa y bebidas isotónicas.

- ☐ Me gustaría poder comer y beber durante la primera fase del parto.
- ☐ Otros:
-

Administración de fármacos

Durante el ingreso se colocará un acceso venoso periférico que permitirá obtener las muestras de sangre necesarias y administrar tratamientos intravenosos, en caso de ser necesario. Si el parto se desarrolla sin complicaciones y/o sin anestesia, se mantendrá el acceso venoso sin administrar ningún medicamento. Siempre que se deba realizar una intervención y/o administrar un medicamento, se les informará para consensuar las acciones a seguir, teniendo en cuenta tanto su seguridad como la del bebé.

Se les administrarán antibióticos durante el período del parto en los siguientes casos:

- ☐ Cuando se haya detectado la presencia de *Streptococcus agalactiae* en los cultivos realizados al final del embarazo.
- ☐ En los partos prematuros, si no se les ha realizado el cultivo de *Streptococcus agalactiae*.
- ☐ En el caso de rotura de la bolsa de aguas por más de 18 horas.
- ☐ Si presentan fiebre durante el período del parto, si los análisis muestran alteraciones y siempre que sea necesario para prevenir infecciones.
- ☐ Entiendo la necesidad de llevar el acceso venoso periférico.
- ☐ Entiendo que se me administre medicación cuando sea necesario.
- ☐ Otros:
-

Monitoreo fetal durante el parto

El control del bienestar fetal y de la dinámica uterina se realizará preferentemente de forma intermitente. Cuando se necesite oxitocina, anestesia epidural o por necesidades clínicas, se realizará de forma continua.

- ☐ Prefiero el monitoreo intermitente siempre que sea posible.
- ☐ Prefiero el monitoreo continuo.
- ☐ No tengo preferencias.
- ☐ Entiendo la necesidad de un monitoreo continuo del latido fetal y la dinámica uterina en los casos en los que se necesite oxitocina, se me administre anestesia epidural o si los profesionales que me atienden lo consideran necesario.
- ☐ Otros:

Alivio del dolor

- ☐ Me gustaría tener un parto sin anestesia.
- ☐ Me gustaría que me administren la anestesia epidural y que se me informe del mejor momento para ponerla.
- ☐ Me gustaría utilizar métodos farmacológicos si fuera necesario.
- ☐ Me gustaría aliviar el dolor con los siguientes métodos: relajación, respiración consciente, masajes, aplicación de calor, estimulación eléctrica transcutánea (TENS), etc.
- ☐ Altres:.....

Período expulsivo

Procuraremos que en este período también dispongan de la máxima libertad de movimientos, que puedan elegir la posición para parir y que el parto se lleve a cabo con la mínima intervención posible, siempre controlando su bienestar y el del bebé.

- ☐ Me gustaría estar acompañada durante la fase de expulsión.
- ☐ Me gustaría estar sola durante la fase de expulsión.
- ☐ Me gustaría elegir la posición para el parto.
- ☐ Me gustaría ver salir a mi bebé con un espejo.
- ☐ Me gustaría poder colaborar activamente (agarrar a mi bebé mientras termina de salir).
- ☐ En caso de que esté indicada una episiotomía, me gustaría que se me informara previamente.
- ☐ Otros:.....

Pinzamiento del cordón umbilical

El cordón umbilical se cortará, según lo recomienda el Protocolo de atención y acompañamiento al nacimiento en Cataluña¹, a partir de los 60 segundos y entre uno y tres minutos después del nacimiento, o una vez que haya dejado de latir, excepto en caso de alguna circunstancia justificada que requiera hacerlo antes.

- ☐ Me gustaría que se corte el cordón umbilical cuando deje de latir.
- ☐ No tengo preferencias.
- ☐ Me gustaría que mi pareja o yo pudiéramos cortar el cordón,
- ☐ Otros:.....
.....

Donación de la sangre del cordón umbilical y de la placenta

En el Hospital Joan XXIII existe la posibilidad de donar la sangre del cordón umbilical. Consiste en donar la sangre que se encuentra en el interior del cordón umbilical una vez ha sido cortado después del nacimiento del bebé. Este procedimiento no es doloroso y no conlleva ningún riesgo. En este caso, el cordón se cortará 60 segundos después de la salida del bebé, previo consentimiento informado, ya sea oral o escrito, por parte de la madre. También existe la posibilidad de donar la placenta, lo cual tampoco supone ningún riesgo.

- ☐ Me gustaría donar la sangre del cordón umbilical al Banco de Sangre y Tejidos de Cataluña, y entiendo y acepto que se cortará a los 60 minutos del nacimiento.
- ☐ Me gustaría donar la placenta
- ☐ Otros:.....
.....

Desprendimiento

El desprendimiento se produce cuando la placenta se desprende y sale. El desprendimiento dirigido, recomendado por la Organización Mundial de la Salud, facilita la salida de la placenta, reduce el riesgo de hemorragia materna y favorece la recuperación posparto. Se obtiene administrando oxitocina a la madre en el momento de la salida del hombro anterior del bebé.

- ☐ Me gustaría obtener un desprendimiento dirigido.
- ☐ Prefiero el desprendimiento espontáneo, a pesar de saber que la evidencia científica indica que puede haber un mayor riesgo de hemorragia posparto.
- ☐ Me gustaría que se me mostrara la placenta.
- ☐ Me gustaría llevarme la placenta a casa.
- ☐ Otros:.....
.....

Atención y curas del bebé

Tan pronto como el bebé nazca, si no hay circunstancias que lo contraindiquen, lo pondremos piel con piel con la madre. Este contacto tiene efectos beneficiosos: mantiene la temperatura del bebé, disminuye el llanto, aumenta el tiempo de lactancia materna y promueve la creación del vínculo afectivo, entre otros.

- ☐ Me gustaría que todas las intervenciones que se deban hacer al bebé se realicen en contacto piel con piel conmigo.
- ☐ Me gustaría iniciar la lactancia lo más pronto posible.
- ☐ Me gustaría que valoren a mi bebé delante de mí (puntuación de Apgar, primeros cuidados, exploraciones, etc.)
- ☐ Otros:.....

Preferencias en el parto por cesárea

- ☐ Me gustaría tener a alguien acompañándome durante la cesárea electiva, si es posible.
- ☐ Me gustaría ver a mi bebé justo después de que haya nacido.
- ☐ Me gustaría tener contacto piel con piel con mi bebé, si las condiciones son adecuadas en la sala de operaciones.
- ☐ Si no puedo estar con mi bebé, me gustaría que mi pareja esté en contacto piel con piel con él lo antes posible..

Preferencias en la profilaxis en la atención al bebé

El objetivo de la administración de la vitamina K es reducir el riesgo de hemorragias del recién nacido. La deficiencia de vitamina K se relaciona con una patología poco frecuente pero grave, que puede poner en peligro la vida del bebé o causarle secuelas a largo plazo.

Se recomienda administrarla por vía intramuscular en una dosis única, ya que tiene una mayor eficacia que la vía oral. Si rechazan la opción de la vía intramuscular, pueden optar por la vía oral, que tiene una eficacia menor y requerirá tres dosis.

- ☐ Prefiero que se administre la vitamina K de forma intramuscular a mi hijo o hija.
- ☐ Prefiero que se le administre la vitamina K de forma oral, aunque entiendo que su eficacia es menor, y me comprometo a administrar las siguientes dosis, además de la ya suministrada de 2 mg al nacer: 2 mg de vitamina K por semana después del nacimiento y otros 2 mg de vitamina K a las cuatro semanas de nacido.

Se administra **una pomada o colirio antibiótico** para prevenir la oftalmia neonatal (infección ocular). Entiendo y acepto el uso de pomada o colirio.

- ☐ No acepto el uso de pomada o colirio y firmaré el consentimiento informado donde declaro que me han informado del riesgo de la oftalmia neonatal y que he entendido esta información.
- ☐ Otros:.....

Lactancia

La lactancia materna es la alimentación óptima para el bebé y, además, favorece la recuperación del posparto. Desde el Hospital Joan XXIII apoyamos y animamos a las madres a optar por alimentar a sus hijos de forma natural, con la lactancia materna. Sin embargo, durante el ingreso recibirás el apoyo de todo el personal sanitario para que inicies y mantengas el tipo de alimentación que elijas.

- ☐ Me gustaría alimentar a mi bebé con lactancia materna.
- ☐ Me gustaría iniciar la lactancia materna en la sala de partos.
- ☐ Me gustaría complementar la lactancia materna solo en caso de indicación clínica.
- ☐ Si se necesitara complementar la lactancia materna con fórmula, me gustaría hacerlo con dedo y jeringa u otros métodos que no interfieran con la lactancia materna.
- ☐ Deseo alimentar a mi bebé con lactancia de fórmula..

Posparto inmediato

Durante el ingreso, se realizarán los cribados neonatales establecidos por el Departamento de Salud de Cataluña. Siempre que las circunstancias lo permitan, se llevarán a cabo en la habitación en presencia de sus progenitores.

- ☐ Cribado de cardiopatías congénitas.
- ☐ Cribado auditivo.
- ☐ Programa de cribado neonatal de Cataluña (prueba del talón).
- ☐ Me gustaría que le hicieran los cribados neonatales en la habitación y, si es posible, en contacto piel con piel.
- ☐ Me gustaría amamantar a mi bebé cuando se le deba realizar algún procedimiento.
- ☐ No quisiera que nos separaran del bebé si no fuera estrictamente necesario.
- ☐ No tengo preferencias.
- ☐ Otros:.....

Necesidades y situaciones especiales

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Declaro que he leído este documento y he completado las opciones que considero convenientes para determinar mi plan de parto. En cualquier caso, me reservo el derecho de modificarlo total o parcialmente, de forma oral, durante todo el proceso del parto y la estancia hospitalaria.

Firma de la gestante.

Firma y número de colegiado del profesional que recibe el plan de nacimiento.

Tarragona, de de 202....

Referencias

1.-Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya. Departament de Salut. Secretaria de Salut Pública de Catalunya. Barcelona, gener 2020. Disponible a:
https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol-part-i-puerperi/protocol_part_i_puerperi.pdf

Anexo 5: Documento que enviamos al comité de ética.



**Declaració responsable sobre els aspectes ètics del
Treball de Fi de Màster (TFM) / Treball de Fi de Grau (TFG) proposat**

Els aspectes ètics són fonamentals per a la Universitat Rovira i Virgili. Per això, cal que realitzeu la següent avaluació ètica sobre el vostre treball de fi de màster (TFM) / treball de fi de grau (TFG), segons correspongui. Responeu **SÍ** / **NO** a les preguntes que es detallen a continuació. Si totes les vostres respostes són **NO**, no es necessiten més detalls que la vostra signatura. Si, en canvi, responeu **SÍ** a alguna de les preguntes següents, es requereix, segons objecte d'estudi i comitè d'avaluació i seguiment competent:

- CEIm-IISPV: Informe favorable
- CEEA: Informe favorable
- CEIPSA: Declaració responsable i compromís formal del professorat i alumnat implicat pel que fa al seguiment de la normativa aplicable, segons consta al final del document.

Nom del professor/a responsable de la URV:

Montse Perez

Nom de l'alumne/a:

Wanda Martina Vaigorria Nuñez y Laura Rivera Mañé

Ensenyament:

Enfermeria

Títol del ☐ TFM / ☒ TFG

Percepciones y experiencias de las comadronas en la atención al parto natural o instrumentalizado. ¿Sanidad pública o privada? Los sistemas sanitarios. Un estudio cualitativo

Breu descripció del TFM / TFG (màx. 1000 caràcters, espais inclosos):

Este estudio cualitativo tiene como objetivo explorar cómo las comadronas perciben y experimentan la atención al parto (tanto natural como instrumentalizado) dentro de los sistemas sanitarios públicos y privados, analizando especialmente cómo estas dinámicas influyen en el respeto al plan de parto de las mujeres. Se parte de la hipótesis de que las vivencias de las comadronas varían según el tipo de parto, el ámbito sanitario y el modelo médico predominante, lo que puede favorecer o limitar un parto respetado.

La investigación se relacionará con la teoría de Menéndez, que distingue entre modelo médico hegemónico y modelos alternativos, permitiendo interpretar cómo los sistemas sanitarios y las lógicas institucionales influyen en las prácticas de parto. Asimismo, se integrará la teoría de Benner, que clasifica los niveles de desarrollo profesional, para comprender cómo la experiencia clínica de las comadronas condiciona sus percepciones y decisiones en la atención al parto.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

A través de entrevistas semiestructuradas a comadronas con al menos tres años de experiencia, se busca comprender las diferencias entre sistemas sanitarios, identificar barreras y facilitadores para el respeto al plan de parto y obtener información que permita proponer recomendaciones de mejora. El estudio se desarrolla con un enfoque fenomenológico, centrado en las experiencias subjetivas de las profesionales.

La investigación se llevará a cabo entre noviembre de 2025 y junio de 2026. Las entrevistas serán presenciales o telemáticas, con muestreo bola de nieve y participación inicial de cuatro comadronas, donde su participación será a título individual y de forma voluntaria. Se garantizará el anonimato y el cumplimiento de los principios éticos mediante consentimiento informado, donde se les entregará un hoja de información a las participantes. El análisis de datos se realizará mediante categorización y conceptos EMIC/ETIC, utilizando herramientas digitales de transcripción y análisis como Clipchamp y Weft QDA, entornos habitados dentro de la Universitat Rovira i Virgili.

La transcripción se almacenará en la nube institucional de la URV. No se solicitaron datos sensibles ni datos sociodemográficos. No se utilizaran datos secundarios. Se preservará la identificación mediante un sistema de codificación.

El TFG s'empara en un projecte d'R+D+I que ha estat informat favorablement per un comitè ètic d'investigació i segueix el protocol d'actuació aprovat: ☐ Sí / ☒ No.

En cas afirmatiu, feu constar:

- Títol del projecte d'R+D+I:
- Investigador/a principal:
- Comitè ètic d'investigació (CEI):
- Entitat del CEI:
- Data d'emissió del CEI:
- Codi d'autorització del CEI:

Presenteu una còpia de l'informe favorable del projecte d'R+D+I emès pel comitè ètic d'investigació implicat.

En cas negatiu, indiqueu si el TFM / TFG que voleu portar a terme inclou algun d'aquests aspectes. Per a més informació sobre el contingut de cada pregunta, podeu consultar el document "[Guia de l'investigador/a](#)".

Apartat	Sí	No
1. Embrions/fetus humans		
Implica cèl·lules mare embrionàries humanes (CMEH)?	☐	☒
Implica l'ús d'embrions humans?	☐	☒



Implica l'ús de teixits / cèl·lules fetals humanes?	☐	☒
2. Éssers humans		
Implica la participació d'éssers humans?	☒	☐
• Són voluntaris en l'àmbit de les ciències socials o les humanitats?	☐	☒
• Són persones incapacitades per donar el seu consentiment informat?	☐	☒
• Són individus o grups vulnerables?	☐	☒
• Són menors d'edat?	☐	☒
• Són pacients?	☐	☒
• Són voluntaris sans per a estudis mèdics?	☐	☒
Implica intervencions físiques en els participants?	☐	☒
3. Cèl·lules/teixits humans		
Implica cèl·lules o teixits humans (diferents dels embrions/fetus humans de la secció 1)?	☐	☒
• Estan disponibles comercialment?	☐	☒
• S'obtenen dins d'aquest projecte?	☐	☒
• S'obtenen d'un altre projecte, laboratori o institució?	☐	☒
• S'obtenen d'un biobanc?	☐	☒
4. Dades de caràcter personal i privacitat		
Implica la recollida i/o tractament de dades personals?	☒	☐
• Implica la recollida i/o tractament de dades personals sensibles, com ara, salut, vida sexual, raça, opinió política, conviccions religioses o filosòfiques?	☐	☒
• Implica el tractament d'informació genètica?	☐	☒
• Implica el seguiment o observació tecnològic dels participants (com ara dades de vigilància o localització, i dades WAN, com ara adreça IP, MAC, cookies, etc.)?	☐	☒
Implica un tractament de dades personals recopilades prèviament a aquest TFG/TFM (ús secundari)?	☐	☒
5. Animals		
Implica la manipulació d'animals per al seu estudi o per a l'obtenció de mostres, òrgans o teixits?	☐	☒
6. Països tercers		
Cas que es desenvolupi, de manera total o parcial, en països que no pertanyen a la Unió Europea, el projecte d'R+D+I planteja problemes potencials d'ètica?	☐	☒
Teniu previst utilitzar recursos locals (per exemple, mostres de teixits animals o animals, material genètic, animals vius, restes humanes, materials de valor històric, mostres de fauna o flora en perill d'extinció, etc.)?	☐	☒



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Teniu previst importar material (incloses les dades personals) de països que no pertanyen a la Unió Europea a la Unió Europea?	☐	☒
Teniu previst exportar material (incloses les dades personals) des de la Unió Europea a països que no pertanyen a la Unió Europea?	☐	☒
Cas que el projecte generi beneficis i impliqui països de baixos ingressos i/o baixos ingressos mitjans, teniu previst les accions de repartiment de beneficis?	☐	☒
Podria la situació al país posar en risc els participants?	☐	☒
7. Medi Ambient/Salut i protecció		
Implica l'ús d'elements que poden causar danys al medi ambient, animals o plantes?	☐	☒
Tracta sobre la fauna i/o flora en perill d'extinció i/o àrees protegides?	☐	☒
Implica l'ús d'elements que poden causar danys als humans, inclòs el personal investigador?	☐	☒
8. Ús dual		
Implica productes de doble ús en el sentit del Reglament 428/2009 ¹ o altres articles per als quals es requereix autorització?	☐	☒
9. Focus exclusiu sobre aplicacions civils		
Podria necessitar aclariments en relació amb un enfocament exclusiu sobre aplicacions civils?	☐	☒
10. Ús malintencionat dels resultats		
Té potencial perquè els seus resultats siguin utilitzats malament?	☐	☒
11. Altres aspectes ètics		
Hi ha algun altre aspecte ètic que hauria de ser pres en consideració? Especifiqueu, si us plau:	☐	☒

Confirmem que hem valorat tots els aspectes ètics descrits més amunt i que, en cas afirmatiu, els signataris ens comprometem formalment, segons objecte d'estudi i comitè d'avaluació i seguiment competent, a:

- CEIm-IISPV: Elaborar una descripció dels problemes ètics implicats i la documentació requerida, d'acord amb les indicacions de la "Guia de l'investigador/a".
- CEEA: Elaborar una descripció dels problemes ètics implicats i la documentació requerida, d'acord amb les indicacions de la "Guia de

¹ Productes de doble ús són aquells productes, inclòs el suport lògic (software), i la tecnologia que puguin destinar-se a usos tant civils com militars i que inclouen tots els productes que puguin ser utilitzats tant per a usos no explosius com per ajudar a la fabricació d'armes nuclears o altres dispositius nuclears explosius. Veure [Reglament CE 428/2009 del Consell de 5 de maig de 2009](#).



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

l'investigador/a".

- CEIPSA: Actuar d'acord amb la normativa aplicable en cas que el treball en qüestió tingui implicacions ètiques i respectar les recomanacions ètiques que emanin d'aquest Comitè.

Seguir les directrius establertes a la "Guia de l'investigador/a" i la "Guia sobre protecció de dades personals en els Treballs de Fi de Grau i Màster de la Universitat Rovira i Virgili".

Respectar la confidencialitat de les dades personals que es puguin obtenir en l'activitat d'R+D+I, tant pel que fa a l'ús acadèmic com a la difusió pública de les mateixes. Si considerem que algun resultat de l'activitat d'R+D+I pogués arribar a afectar o pogués ser d'interès per a les persones o col·lectius participants, ho comunicarem amb antelació.

No utilitzar les dades personals obtingudes en el projecte per a altres estudis diferents. En aquest darrer supòsit, sol·licitarem abans el corresponent permís d'aquest Comitè.

, V

Signatura del professor/a responsable URV

MONTSERRAT PEREZ MARTI
DNI 77784522V
Signat digitalment per MONTSERRAT PEREZ MARTI - DNI 77784522V
Data: 2025.12.01 06:34:39 +01'00'

Signatura de l'alumne/a

VAIGORRIA MARTIN LEONARDO - Y3998780Z
Firmado digitalmente por VAIGORRIA MARTIN LEONARDO - Y3998780Z
Fecha: 2025.11.29 23:46:53 +01'00'

Signatura de l'investigador/a responsable del projecte d'R+D+I en què s'empara (si escau)

Nota: Una vegada emplenat, convertir el document a format PDF, signar digitalment i enviar a l'adreça de correu electrònic carlos.garcia@urv.cat

LAURA RIVERA MAÑÉ - DNI 48185320K
Firmado digitalmente por LAURA RIVERA MAÑÉ - DNI 48185320K
Fecha: 2025.12.01 15:21:50 +01'00'

Anexos 6: Consentimiento informado



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Full de consentiment informat

Títol de l'estudi:¹

Dades de contacte de l'investigador principal:²

Grup de recerca, si escau:

Jo³ amb DNI

- He llegit el full d'informació al participant sobre l'estudi del qual se m'ha entregat una còpia.
- He pogut fer preguntes i resoldre els meus dubtes sobre l'estudi i la meva participació.
- Compréc la meva participació a l'estudi d'acord amb allò expressat al full d'informació al participant sobre l'estudi i de les respostes a les meves preguntes, així com els riscos i beneficis que comporta.
- Accepto que la meva participació és voluntària i dono lliurement la meva conformitat per participar a l'estudi.
- Conec que em puc retirar en qualsevol moment de la participació a l'estudi sense que això em pugui causar cap perjudici.
- Estic informat sobre el tractament que es realitzarà de les meves dades personals.
- Dono el meu consentiment per a l'accés i utilització de les meves dades en les condicions detallades al full d'informació al participant sobre l'estudi.

☐ Sí ☐ No

- ⁴Dono el meu consentiment per a la difusió de les meves dades personals junt amb la publicació dels resultats de l'estudi.

☐ Sí ☐ No

- Un cop finalitzada la investigació, és possible que les dades obtingudes siguin d'interès per a altres estudis relacionats. En relació amb això, s'ofereixen les següents opcions:

☐ **NO autoritzar** l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.

☐ **SÍ autoritzar** l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.

- ⁵Un cop finalitzada la investigació, és possible que hi hagi mostra sobrant. En relació a aquestes, s'ofereixen les següents opcions:

☐ La **destrucció** de la mostra sobrant.

¹ Del projecte de recerca, Tesi Doctoral, TFG o TFM. Si existeix, incloure també el codi o referència de l'estudi.

² Indicar les dades de contacte de l'investigador principal; nom, telèfon, correu electrònic i ubicació física.

³ Indicar el nom i cognoms del participant.

⁴ Només si en els resultats de l'estudi que es publicaran apareix el nom de les persones o dades que permetin identificar la persona, així com la seva imatge o la seva veu sense tècniques d'anonimització.

⁵ Si no hi ha tractament de mostres biològiques es pot eliminar.

☐ La seva **utilització en futurs projectes** d'investigació biomèdica relacionats amb el mateix tema

⁶ I per expressar aquest consentiment, el participant signa en data i lloc aquest full de consentiment:

Signatura del participant

⁷ I per expressar aquest consentiment, el representant legal del participant signa en data i lloc aquest full de consentiment:

Nom del representant legal.....

Relació del representant legal amb el participant

Signatura del representant legal

⁶ Si el participant pot prestar lliurement el consentiment utilitzar aquest redactat fins a la següent nota el redactat del qual es pot eliminar.

⁷ Si el participant no pot llegir o escriure, és menor de 14 anys o per qualsevol altre motiu no pot prestar lliurement el consentiment és necessari que el seu consentiment el presti el tutor o representant legal. En aquest cas utilitzarem aquest redactat i eliminarem el corresponent a la nota anterior.

☐ La seva **utilització en futurs projectes** d'investigació biomèdica relacionats amb el mateix tema

⁶ I per expressar aquest consentiment, el participant signa en data i lloc aquest full de consentiment:

Signatura del participant

⁷ I per expressar aquest consentiment, el representant legal del participant signa en data i lloc aquest full de consentiment:

Nom del representant legal.....

Relació del representant legal amb el participant

Signatura del representant legal

⁶ Si el participant pot prestar lliurement el consentiment utilitzar aquest redactat fins a la següent nota el redactat del qual es pot eliminar.

⁷ Si el participant no pot llegir o escriure, és menor de 14 anys o per qualsevol altre motiu no pot prestar lliurement el consentiment és necessari que el seu consentiment el presti el tutor o representant legal. En aquest cas utilitzarem aquest redactat i eliminarem el corresponent a la nota anterior.

Anexo 7: Modelo de entrevista

BLOQUE GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Conocimiento de la prevalencia y datos oficiales

1. Según el estudio de PUBMED “Violencia obstétrica en España (Parte I): Percepción de las mujeres y diferencias interterritoriales” se muestran variaciones importantes en la prevalencia de violencia obstétrica en España según metodología y tipo de violencia investigada (por ejemplo, entre 38 % y más del 60 % de mujeres reportan experiencias de maltrato o violencia en partos, incluyendo procedimientos no consentidos o innecesarios). ¿Cómo te sitúas tú frente a estas cifras? ¿Crees que reflejan lo que observas en la práctica clínica? (52)
2. Dicho estudio mencionado anteriormente indica que una parte considerable de las mujeres perciben procedimientos sin consentimiento explícito (por ejemplo, episiotomías, intervenciones médicas) como formas de violencia obstétrica. ¿Qué opinión tienes sobre el papel de la información y consentimiento informado en estos datos? (52)
3. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha subrayado la falta de atención sanitaria adecuada para mujeres víctimas de violencia, y destaca que muchas veces los sistemas de salud no generalizan servicios que respeten la autonomía de la mujer. ¿Cómo crees que esta falta de cobertura se relaciona con las prácticas que has observado en la atención obstétrica? (53)

Comparación entre ámbitos y regiones

4. Según Frontiers → Investigaciones epidemiológicas muestran que la prevalencia de experiencias de violencia obstétrica varía entre regiones, incluso entre países (por ejemplo, desde 15 % en algunos estudios internacionales hasta más de 70 % en otros contextos). ¿Qué factores crees que explicarían estas diferencias en la prevalencia reportada? (culturales, organizacionales, formación, protocolos, percepción de la mujer, etc.) (36)
5. Un estudio de PUBMED llamado “Violencia obstétrica en España (Parte III): Profesionales sanitarios, tiempos y ámbitos” dicta que en España observan que la falta de consentimiento informado y procedimientos rutinarios no consensuados son los aspectos más frecuentemente identificados por las mujeres

como violencia obstétrica. ¿Crees que la prevalencia de estas prácticas es homogénea entre hospitales públicos y privados, o existen diferencias importantes? ¿A qué lo atribuyes? (36)

Datos oficiales y percepción profesional

6. Según periódicos nacionales como El País actualmente no existe en España una estadística oficial centralizada o un registro sanitario específico sobre violencia obstétrica (aunque sí datos sobre intervencionismo y medicalización). ¿Qué implicaciones crees que tiene que no exista un registro epidemiológico nacional formal sobre violencia obstétrica? (55)
7. En el estudio de PUBMED llamado “La violencia obstétrica desde la perspectiva de una matrona” Se ha observado que muchos profesionales reconocen el término “violencia obstétrica” pero no siempre lo asocian con mala praxis o responsabilidad clínica. ¿Cómo crees que esta percepción profesional influye en la falta de datos epidemiológicos fiables y en la visibilidad del problema? (56)

Consecuencias y reflexión

8. Según un estudio del MDPI y PUBMED llamado “Factores asociados a la percepción de la violencia obstétrica y su impacto emocional en la formación sanitaria: un estudio transversal” Los datos epidemiológicos no sólo cuantifican la ocurrencia de violencia obstétrica sino que también muestran su impacto emocional y salud posterior. ¿Cómo crees que las cifras epidemiológicas deberían traducirse en políticas sanitarias que protejan la salud física y mental de las mujeres? (57)
9. ¿Consideras que la falta de datos oficiales sobre violencia obstétrica puede influir en la falta de visibilidad política y social de este problema? ¿Qué mecanismos epidemiológicos o de registro sugieres para mejorar el conocimiento científico y la respuesta institucional?
10. Según estudios de Frontiers y la OMS, se define a la violencia obstétrica como una violación de derechos humanos en la atención del parto y ha instado a integrar enfoques respetuosos. ¿Qué relevancia encuentras en que los estudios

epidemiológicos consideren no solo aspectos clínicos sino también derechos de las mujeres, dignidad y consentimiento? (36) (58)

Bloque 1. Contexto profesional de la comadrona

- ¿Podrías describir brevemente tu trayectoria profesional como comadrona y cómo has ido construyendo tu rol dentro del sistema sanitario?
- ¿En qué ámbitos has trabajado principalmente (sanidad pública, privada o ambas)?
- ¿Qué tipo de partos atiendes con mayor frecuencia en tu práctica habitual?
 - Naturales
 - Instrumentalizados
 - Cesáreas

Bloque 2. Percepción del parto natural

- ¿Cómo describirías tu experiencia atendiendo partos naturales desde el acompañamiento a la mujer? (54)
- Desde tu punto de vista, ¿qué factores facilitan que un parto se desarrolle de forma fisiológica y respetuosa con los tiempos de la mujer?
- ¿Percibes diferencias en la atención al parto natural entre la sanidad pública y la privada?
 - En tiempos asistenciales
 - En recursos disponibles
 - En autonomía profesional de la comadrona
- ¿Cómo influye la organización del centro en la capacidad de acompañar a la mujer y respetar sus decisiones durante un parto natural?

Bloque 3. Experiencias con el parto instrumentalizado

- ¿En qué situaciones consideras que el parto instrumentalizado está claramente justificado desde un punto de vista clínico?
- ¿Cómo vives profesionalmente la atención a un parto instrumentalizado, especialmente en relación con la vivencia de la mujer?

- ¿Notas diferencias en la indicación o frecuencia del parto instrumentalizado entre el ámbito público y el privado?
- ¿A qué crees que se deben esas diferencias (modelo asistencial, presión institucional, cultura médica...)?
- Según tu experiencia, ¿cómo afecta el parto instrumentalizado a la experiencia emocional y corporal de la mujer?

Bloque 4. Plan de parto y toma de decisiones

- ¿Qué significado tiene para ti el plan de parto como herramienta de autonomía y expresión de los deseos de la mujer?
- ¿Con qué frecuencia las mujeres presentan un plan de parto en tu ámbito de trabajo?
- ¿Consideras que el plan de parto se respeta de forma adecuada?
 - En partos naturales
 - En partos instrumentalizados
- ¿Percibes diferencias en el respeto al plan de parto entre la sanidad pública y la privada?
- ¿Qué factores crees que facilitan el cumplimiento del plan de parto?
- ¿Qué barreras identificas para respetarlo en la práctica clínica diaria?

Bloque 5. Violencia obstétrica y prácticas institucionales

- Desde tu experiencia, ¿cómo definirías la violencia obstétrica?
- ¿Has presenciado o vivido situaciones que podrían considerarse violencia obstétrica o prácticas deshumanizadoras durante el parto?
- ¿Crees que este tipo de situaciones se manifiestan de forma diferente en el ámbito público y privado?
- ¿Qué papel crees que desempeña la presión institucional u organizativa en la aparición de estas prácticas?
- ¿Cómo influye la jerarquía profesional y la relación de poder entre disciplinas en la toma de decisiones durante el parto?

Bloque 6. Rol de la comadrona y sistemas médicos

- ¿Cómo describirías tu grado de autonomía profesional como comadrona dentro del sistema en el que trabajas?
- ¿Crees que el sistema médico condiciona tu forma de atender el parto y de acompañar a la mujer?
- ¿Te sientes respaldada para defender las decisiones de la mujer cuando entran en conflicto con protocolos o dinámicas institucionales?
- ¿Notas diferencias en el reconocimiento y el rol de la comadrona entre centros públicos y privados?

Bloque 7. Impacto emocional y ético en la comadrona

- ¿Cómo te afectan emocionalmente estas situaciones como profesional?
- ¿Te has sentido alguna vez en conflicto entre lo que consideras éticamente correcto y lo que el sistema te permite hacer?
- ¿Crees que las comadronas también pueden sufrir violencia institucional?
- ¿Percibes presión por parte de las instituciones privadas hacia las comadronas?
- ¿Percibes presión por parte de las instituciones públicas hacia las comadronas?

Bloque 8. Propuestas de mejora y cierre

- ¿Qué cambios consideras necesarios para mejorar el respeto al plan de parto y a la autonomía de las mujeres?
- ¿Qué estrategias podrían ayudar a reducir las intervenciones innecesarias durante el parto?
- Desde tu experiencia, ¿qué recomendaciones harías para promover un parto más respetado y centrado en la mujer en ambos sistemas?
- ¿Hay algún aspecto que no te haya preguntado y que consideres importante compartir?

Bloque 9. Cierre

4. ¿Hay algo que no te haya preguntado y que consideres importante añadir?

Anexo 8: Poster III Congreso Internacional y XII Jornadas Nacionales de Profesorado de la CNDE, junto con el III Encuentro Nacional de Estudiantes de Enfermería de la CNDE

Imagen 6: “Tu parto, sus normas”. Percepciones de las matronas sobre el parto y la violencia obstétrica.

Fuente: Elaboración propia.

“Tu parto, sus normas”

Percepciones de las matronas sobre el parto y la violencia obstétrica.

Autor/s : Vaigorria, Wanda Martina; Rivera Mañe, Laura
Tutora académica: Pérez Martí, Montserrat
Filiación: Facultad de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili, Vilafranca del Penedès, España.

Introducción:

PARIR NO DEBERÍA IMPLICAR PERDER EL CONTROL SOBRE EL PROPIO CUERPO.

La atención al parto en España se sitúa entre un modelo intervencionista y un enfoque centrado en la autonomía de la mujer. En este contexto, la violencia obstétrica emerge como un problema de salud pública que afecta a la calidad asistencial y a los derechos reproductivos.

Las diferencias entre sanidad pública y privada evidencian que el contexto condiciona la experiencia del parto y la toma de decisiones. A pesar de las recomendaciones basadas en la evidencia, persisten prácticas que pueden vulnerar el consentimiento informado.

Las matronas ocupan una posición clave para promover un parto respetado, aunque su práctica se ve condicionada por limitaciones estructurales del sistema sanitario.

Resultados

IMPACTO EMOCIONAL Y CONFLICTO ÉTICO
Se identifican sentimientos de frustración, impotencia y tensión moral cuando no pueden ofrecer una atención acorde a sus valores profesionales. Esto refleja una disonancia entre el modelo ideal de cuidado y la realidad asistencial.

EL PARTO COMO PROCESO FISIOLÓGICO
Las matronas conciben el parto como un proceso fisiológico que requiere respetar los tiempos biológicos y la autonomía de la mujer. Sin embargo, identifican una tensión constante con modelos asistenciales que tienden a la intervención, incluso en situaciones de bajo riesgo.

SESGOS DE GÉNERO Y TENSIONES ÉTICAS
Se reconoce la existencia de machismo estructural en la atención obstétrica, manifestado en la infantilización de la mujer, la invisibilización del dolor y la normalización del sufrimiento.

“Parir duele, es normal” emerge como un discurso que legitima prácticas deshumanizadoras. Esto genera conflictos éticos en las matronas, al percibir discrepancias entre la práctica clínica y el respeto a los derechos de las mujeres.

MODELO ASISTENCIAL
Pública → presión asistencial, mejor formalización del consentimiento
Privada → mayor intervencionismo, expectativas irreales

COMUNICACIÓN Y PLAN DE PARTO COMO FACTORES CLAVE
La comunicación efectiva y el consentimiento informado se identifican como el principal factor protector frente a experiencias negativas.
El plan de parto se valora como una herramienta transformadora, aunque su aplicación real está condicionada por el contexto asistencial.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO FENÓMENO ESTRUCTURAL
La violencia obstétrica no se percibe como un hecho aislado, sino como un fenómeno normalizado dentro del sistema sanitario, vinculado a dinámicas organizativas, culturales y de poder. Las matronas señalan que su origen no es individual, sino estructural e institucional.



Título: Maternidad.
Fuente: Ilustración: Mariana Viana, Scholastic Museum, 2012.

Conclusiones

El modelo sanitario no es neutro: condiciona de forma directa cómo se atiende el parto y el grado de respeto a la autonomía de las mujeres. Las matronas identifican que, tanto en la sanidad pública como en la privada, persisten dinámicas estructurales que pueden favorecer la violencia obstétrica, ya sea por presión asistencial o por intervencionismo innecesario.

La comunicación efectiva y el consentimiento informado emergen como los principales factores protectores frente a experiencias negativas, situando el plan de parto como una herramienta clave pero aún insuficientemente integrada en la práctica clínica.

Estos hallazgos evidencian que la humanización del parto no depende solo de la evidencia científica, sino de cambios estructurales, formativos y culturales. Reforzar la autonomía profesional de la matrona e incorporar de forma real la perspectiva de género son pasos imprescindibles para garantizar una atención obstétrica segura, respetuosa y centrada en la mujer.

Bibliografía



III Congreso Internacional
XII Jornadas Nacionales de Profesorado de la CNDE
III Encuentro Nacional de Estudiantes de Enfermería de la CNDE



Anexo 9: Cronograma

Tabla 6: Cronograma.

Fuente: Elaboración pròpia

	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Elección del tutor y tema general									
Especificación del tema y objetivos									
Elección de la metodología									
Redacción de la introducción y del marco teórico									
Redacción de la metodología									
Pasar el comité ético									
Recogida de la muestra									
Realización de las entrevistas									
Transcripción de las entrevistas									
Análisis de los datos y redacción de los resultados									
Redacción de las conclusiones									
Entrega y defensa del TFG									