

## POSICIONAMIENTO SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

---

Según la OMS (2014), la violencia obstétrica se define como una forma específica de violencia ejercida por profesionales de la salud (predominantemente médicos/as y personal de enfermería) hacia las personas embarazadas en labor de parto y el puerperio. Esta constituye una **violación a los derechos reproductivos y sexuales** de las personas.

Para ser más explícitos, según Ricoy (2013, citado en El Parto es Nuestro, 2016) puede definirse como:

*El acto de ignorar la autoridad y la autonomía que las mujeres tienen sobre su sexualidad, sus cuerpos, sus bebés y sus experiencias de gestación y parto. Es también el acto de ignorar la espontaneidad, las posturas, los ritmos y los tiempos que el parto requiere para progresar con normalidad. Y es además el acto de ignorar las necesidades emocionales de la madre y del bebé en cualquier momento del embarazo, del parto y del posparto inmediato.* (Ricoy, 2013)

También añadir que el informe de la Relatora de las Naciones Unidas (2019), describe la violencia obstétrica como un problema global, generalizado y sistemático. Este maltrato no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación.

La OMS (2014) se ha pronunciado al respecto, reconociendo el **maltrato** que supone esta mala praxis, fomentando que sea la propia mujer quien denuncie este tipo de práctica y exigiendo un trato honrado y decente tanto para ella como para el bebé, así como la puesta en marcha de políticas de control de calidad en todos los centros sanitarios donde pueda acontecer el parto.

Por ello, en la actualidad es un asunto que exige un firme compromiso con la salud de las mujeres por parte de las mismas, del ámbito que las rodea y de las y los profesionales sanitarios por las que son atendidas.

Como quedará reflejado a lo largo del documento, esta violencia se presenta en la existencia de ciertas prácticas que pueden causar daños físicos y psicológicos a la paciente o al niño/a, y que se han perpetuado en el tiempo, por ejemplo la realización de una

episiotomía innecesaria o las maniobras de Hamilton o Kristeller. También podrían incluirse al amniorexis y el parto inducido.

A día de hoy, pocas áreas de partos están adaptadas al nuevo modelo de atención al parto y al nacimiento, pocas tienen suficientes unidades como para no recurrir por falta de camas a acelerar dilataciones y expulsivos, pocos quirófanos permiten el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido en cesáreas y partos gemelares, pocas áreas de reanimación postquirúrgica están preparadas para mantener a los recién nacidos con sus madres recién intervenidas. Faltan matronas, personal de enfermería y ginecólogos/as dedicados a la obstetricia, y falta formación en el nuevo modelo de atención al parto, en cuestiones bioéticas como el respeto a la autonomía de las mujeres durante el embarazo o el parto, y en habilidades de comunicación y en gestión de las emociones (Oliver, 2019).

A nivel histórico, la violencia obstétrica comenzó a tener un peso relevante internacional a raíz de la aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948, donde se especificaba que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia. Entidades como puede ser la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, en 1979) fueron creadas para luchar contra este tipo de problemáticas, obligando a los Estados a adoptar todas las medidas necesarias para defender la integridad de las pacientes y de sus hijos/as en la esfera médica. En 1994, se realizó la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo, donde las Naciones Unidas (ONU) desarrollaron más el concepto de salud sexual y reproductiva. En el artículo 25 de las Naciones Unidas (1948), se incluye el derecho a la salud sexual y reproductiva, siendo necesario erradicar todo tipo de discriminación que pueda cohibir al individuo de este derecho.

Ante esta situación, algunos países como Venezuela, Argentina y México comenzaron a realizar medidas contra la violencia obstétrica. En el caso de Venezuela con la Ley Orgánica de 2006 sobre el derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia, donde se hace una definición explícita de qué es la violencia obstétrica y sus diferentes tipologías. En México cuentan con leyes contra la violencia obstétrica los estados de Durango, Veracruz, Guanajuato y Chiapas (GIRE, 2017), donde se conceptualiza y se define esta problemática. Por último, en el año 2009 Argentina reconoció este tipo de violencia en el artículo 6 de la Ley 26.485.

España en el año 2020 fue denunciada ante la CEDAW por incumplir por segunda vez los artículos 2, 3, 5 y 12 que exigen la protección de las mujeres ante la discriminación; en concreto en la última, de violencia obstétrica. El comité de la CEDAW reconoció los daños

causados a la denunciante, exigió una compensación e hizo una serie de recomendaciones a España para evitar más casos de este tipo de violencia. En la denuncia se señalaba un desarrollo del parto alterado por la mala praxis de los profesionales y, a la hora de denunciar, un proceso judicial largo que dificultó el proceso de denuncia.

A pesar del movimiento internacional, España no tiene un plan contra la violencia obstétrica definido como otros organismos internacionales. Eso no quiere decir que no se tengan mecanismos legales para combatirla, pues existe la legislación vigente contra la Violencia de Género, recomendaciones internacionales que deben de ser acatadas por la ley, la Declaración de Derechos Humanos, la Ley de Autonomía del Paciente y recomendaciones que se verán más adelante en el documento. Aún así, estos mecanismos parecen ser insuficientes, tal y como se ha evidenciado en la última denuncia a España de la CEDAW.

En cuanto al ámbito sanitario nacional, según fuentes como el Euro-Peristat (2015), el 24,6% de los nacimientos en España son por cesárea, de las que el 8,5% son planificadas y el 16% por emergencia médica. Sin embargo, en 1985 la OMS (2014) señaló que el número de cesáreas no deberían de superar el 10%-15%. Un estudio posterior de la misma recalca que superar el umbral de 9%-16% de cesáreas no se relaciona con mejores resultados en la salud de las pacientes ni de sus hijos/as, siendo estas intervenciones necesarias solo en casos determinados y no siempre. Por otro lado, también se recomendó que el parto fuera lo más natural posible, evitando así las intervenciones instrumentales como fórceps o extracción con ventosa. No obstante, en España en el 15,1% de los partos se utilizan técnicas instrumentales.

En la evaluación de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) realizado por el Ministerio de Sanidad en 2012, se trató de analizar las acciones o recomendaciones médicas durante el parto en nuestro país en el Sistema Nacional, y así poder trazar una estrategia para mejorar las intervenciones en el mismo. Algunas de las intervenciones estudiadas fueron las siguientes:

La *intervención del rasurado del periné*, se desaconseja por las molestias y malestar que ocasiona a las pacientes. En el estudio, el 84,5% de los protocolos analizados recomiendan evitar la práctica o no la mencionan, siendo lo ideal según la EAPN que el 100% de los protocolos evitaran la práctica. De igual manera, en la *utilización de enema*, el resultado fue que sólo el 78,6% de las intervenciones recomienda evitar esta técnica cuando, según la EAPN, no es lo recomendable de usar.

En cuanto al *acompañamiento durante el parto*, se recomienda que las pacientes puedan tener un acompañante al lado para apoyarles durante el proceso de parto. No obstante, sólo el 84,5% de los protocolos acepta esta práctica y, dentro de este porcentaje, sólo el 87,4% de los mismos deja a la paciente elegir a su acompañante libremente.

Otro factor importante en el estudio fue el *periodo de dilatación durante el parto*. Algunas de las recomendaciones que da la EAPN fueron que la paciente pudiera deambular y adoptar la posición más cómoda según sus necesidades, ingerir alimentos o líquidos, no colocar vías venosas periféricas profilácticas de manera rutinaria, no realizar amniotomías y el empleo de oxitocina en casos de necesidad. Sólo el 52,1% de los protocolos analizados cumplían todas estas indicaciones.

Asimismo, en las recomendaciones se contemplaba el *manejo del dolor* en la intervención. Dentro del plan se señala que no se utilice analgesia de manera sistemática, que se advierta a las pacientes de métodos alternativos para gestionar el dolor y advertir de los riesgos que supone la administración de analgesia epidural. Sin embargo, sólo el 67% de los procedimientos advierten de métodos alternativos a los farmacológicos, resultando que en el 72,2% de los partos se suministre a las pacientes analgesia locorregional.

Durante la *expulsión del feto*, se recomienda que las pacientes adopten la postura que más les satisfaga y que los profesionales sepan cómo gestionar estos cambios de postura. Sin embargo, el 87,4% de los partos se dan con la posición de litotomía. Esta postura, según el estudio, conviene más al profesional que a la paciente, puesto que es más cómodo para el trabajo de intervención que para el bienestar del paciente. Por otro lado, también se concluyó que el 26,1% de los partos vaginales se han realizado por la maniobra Kristeller, práctica no recomendada y teóricamente en desuso. La *episiotomía*, según el informe, es desaconsejada si se hace de manera sistemática, no aportando beneficios médicos y causando problemas a corto largo plazo. Sin embargo, en el 41,9% de los partos eutócicos se realiza episiotomía.

En el *alumbramiento*, se recomienda que en los protocolos del parto no se aconseje pinzar el cordón con latido como práctica habitual. No obstante, sólo el 63,1% de los protocolos aconsejan hacerlo tras cesar el latido.

Llegados a este punto, el estudio muestra que **sólo el 15,5% de los hospitales incluyen todos estos protocolos** y recomendaciones pre y durante el parto.

En lo que se refiere al *postparto*, la Estrategia de EAPN expone que sólo el 74,4% de los protocolos postparto recomiendan el contacto piel con piel con el niño, y en caso de nacido

por cesárea, únicamente el 47,6%, teniendo esta práctica gran beneficio para la creación del apego. Asimismo, prácticas como la profilaxis ocular, peso o vitamina K se recomiendan hacer después de este contacto precoz y con el consentimiento de los padres. Por el contrario, sólo el 59,2% lo realiza. En adición, en una encuesta dentro del estudio, se reporta que sólo el 50,2% de las pacientes afirmaban haber tenido este contacto precoz. De igual manera, únicamente el 13,6% de los protocolos que asumen todas las recomendaciones de la EAPN para el contacto temprano.

Por último, en las recomendaciones para la *lactancia* ocurre un caso parecido. Las recomendaciones básicas que propone la EAPN exponen que es necesario informar sobre el inicio de la lactancia, trabajar en grupos de apoyo y dar recomendaciones sobre la lactancia artificial, respetando siempre la decisión de la paciente, pero que sólo el 50,5% de los protocolos asume estas recomendaciones.

Tal y como se reflejó en este documento, existen ciertas leyes que obligan a los profesionales a respetar la autonomía de las mujeres y a ser transparentes con su labor profesional. La Ley de Autonomía del Paciente (BOE, 2002) aclara que el profesional debe de pasar un consentimiento firmado a la paciente en el que se explicita la metodología y la técnica que se va a emplear en el desarrollo de la praxis. Sin embargo, tal y como se especifica en el Informe del Observatorio Español de la Violencia Obstétrica (OVO), publicado a través de la Asociación El Parto es Nuestro (2016), en un muestra de 1815 casos, el 50,7% de las pacientes no fueron informadas de la intervención a la que iban a ser sometidas. Por otro lado, el artículo 26 de la Ley de Autonomía del Paciente (BOE, 2002) obliga a los y las profesionales a explicar a la paciente todas sus opciones y a respetar su libertad. Sin embargo, al 60,8% no se le indicó porque una maniobra era más conveniente para su caso (El Parto es Nuestro, 2016).

Se pueden ver resultados similares en un estudio realizado a 17.000 mujeres por Iglesias, Conde, González & Parada (2019), donde el 39,1% de las personas escogidas como muestra declararon que no se les informó sobre la posibilidad de realizar un plan de parto y el 12,3% niega haber tenido la oportunidad de resolver sus dudas referentes a este. Además, el 45,8% expresó que no se le solicitó el consentimiento para los diferentes procedimientos; el 34,3% recibió críticas o descalificaciones y el 49% no consideró que tuviera la posibilidad de aclarar dudas o expresar sus miedos respecto al proceso.

Según el trabajo de García García (2015), las intervenciones innecesarias y la medicalización excesiva, como ya se ha comprobado, no se correlacionan con un mayor beneficio para la paciente. Además, se ha evidenciado que ciertas prácticas les generan

malestar o problemas físicos y que pueden llevar a deteriorar su salud mental. Tal y como indica Laia Belles en Mata (2015), uno de los factores significativos para desarrollar Depresión Postparto es el haber sufrido un parto traumático o algún tipo de violencia en el mismo. Olza (2014) señala que un 2%-6% de las pacientes genera un Trastorno de Estrés Postraumático, y que un 35% tiene algún grado de afectación de este trastorno. Se ha evidenciado que la mayor parte de las mujeres que han desarrollado este trastorno ha sido a causa de un parto traumático debido a una notable falta de control sobre el mismo, lo que deriva en secuelas emocionales relacionadas con una baja autoestima e inseguridad.

Expuesto lo anterior, desde las sectoriales estudiantiles de Enfermería (AEEE), Medicina (CEEM) y Psicología (CEP-PIE) defendemos la necesidad de un cambio en la formación de los cuidados de las personas durante el periodo de gestación, parto y puerperio, debido a la perpetuación de prácticas negligentes o abusivas que se ejercen sobre estas. Por tanto, **SOLICITAMOS:**

**PRIMERO.** La actualización tanto del material docente como de los protocolos instruidos por parte del personal sanitario durante la atención obstétrica, así como su debida cumplimentación y el conocimiento de una guía de actuación en caso de negligir su seguimiento. Asimismo, consideramos que sería necesaria una mayor visibilización de estos recursos tanto entre los y las profesionales de la salud como entre las usuarias, para asegurar adecuadamente la correcta ejecución de las prácticas obstétricas.

**SEGUNDO.** La debida cumplimentación de las recomendaciones internacionales sobre las prácticas obstétricas en todos los hospitales del Estado, así como llevar a cabo nuevas medidas de estudio para asegurar que así sea.

**TERCERO.** Al igual que otras entidades, el desarrollo de una legislación específica que proteja a las personas presentes en el circuito obstétrico de este tipo de violencia, a la vez que penalice al personal sanitario que la pueda llegar a ejercer.

**CUARTO.** Una mayor visibilización de esta problemática para garantizar que todas las personas puedan ser conocedoras de ello y tengan la oportunidad de denunciarlo en caso de haber sido víctimas de esta mala praxis.

## Referencias Bibliográficas

- Carrio Sampedro, A. (2020). *La Violencia Obstétrica Análisis de los Derechos de las Mujeres en el Parto* [Trabajo de Fin de Grado, Universitat, Universitat Pompeu Fabra]. Repositori upf: <http://hdl.handle.net/10230/45473>
- El Parto es Nuestro (2016). Informe del Observatorio español de la Violencia Obstétrica. <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/informeovo2016.pdf>
- Euro-Peristat (2015). European Perinatal Health Report Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. [https://www.europeristat.com/images/EPHR2015\\_Euro-Peristat.pdf](https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_Euro-Peristat.pdf)
- García García, E.M. (2015). *LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLENCIA DE GÉNERO Una mirada feminista a la situación de España* [Trabajo de Fin de Master, Universitat Jaume I]. Repositori Universitat Jaume I: <http://hdl.handle.net/10234/151385>
- Iglesias, S., Conde, M., González, S. & Parada, M. E. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*, 4(1), 77-97. DOI: <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.5>
- Jiménez Sánchez, C. (2021). La violencia obstétrica como violación de los derechos humanos: el caso S.F.M. contra España. *Deusto Journal of Human Rights*, 7, 157-178. DOI: <http://dx.doi.org/10.18543/djhr.1962>
- Mata, M.T. (2015). *La depresión postparto*. Mensalus. <https://mensalus.es/blog/ansiedad-estres/2015/01/la-depresion-postparto/>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2012). Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN\\_revision8marzo2015.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf)
- Oliver, D. (2019, 27 septiembre). *La violencia obstétrica se hace visible para la ONU*. El País. [https://elpais.com/elpais/2019/09/25/mamas\\_papas/1569401750\\_024829.html](https://elpais.com/elpais/2019/09/25/mamas_papas/1569401750_024829.html)
- Olza Fernández, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (111), 79-83.

Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Declaración de la OMS. [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/)

Organización de las Naciones Unidas (2019). Asamblea General. *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*. Asamblea General. <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/enfoque-basado-en-los-derechos-humanos-del-maltrato-y-la-violencia-contra-la-mujer-en-los-servicios-de-salud-reproductiva-con-especial-hincapie-en-la-atencion-del-parto-y-la-violencia-obstetrica>

Salazar Benítez, O. (2021). La (in)trascendencia constitucional de la perspectiva de género: Reflexiones a partir de las dos decisiones del Comité CEDAW condenatorias de España. *Revista Derecho Político*, 11. DOI: <https://doi.org/10.5944/rdp.111.2021.31054>



## Glosario

**Amniotomía**: rotura artificial de las membranas fetales.

**Cesárea**: intervención quirúrgica que se utiliza para finalizar un embarazo o parto cuando hay causas maternas, fetales u ovulares que desaconsejan el parto vaginal. Consiste en la apertura del útero y posterior extracción de su contenido.

**Dilatación**: abertura del cérvix o cuello del útero, aunque genéricamente nos referimos a la dilatación como al periodo del embarazo o del parto que precede inmediatamente al expulsivo del feto.

**Enema**: introducción por el ano de un líquido destinado al intestino grueso.

**Eutócico**: parto normal, en el que no se identifican alteraciones, y que se inicia y concluye de forma espontánea, sin necesidad de intervención médica. En este tipo de parto, el feto se encuentra en posición fetal cefálica y flexionada, y su salida es vaginal.

**Episiotomía**: incisión quirúrgica en la vulva que se practica en ciertos partos para facilitar la salida del feto y evitar desgarros en el perineo.

**Expulsivo**: momento en que se constata que la mujer está en dilatación completa o cuando la cabeza del bebé es visible.

**Fórceps**: Instrumento en forma de tenaza , que se usa para extraer la criatura en los partos difíciles.

**Locorregional**: eliminar el dolor de la zona a operar, mediante la inyección del medicamento con efecto anestésico (anestésico local).

**Maniobra Hamilton**: método de inducción del parto que consiste en despegar con el dedo las membranas amnióticas de la pared del útero.

**Maniobra Kristeller** : Consiste en ejercer presión sobre el abdomen de la mujer con el supuesto fin de favorecer la salida del feto.

**Periné**: parte del cuerpo que da lugar al suelo pélvico y dónde se encuentran ubicados el ano y los órganos genitales externos.

**Periparto**: Período inmediatamente anterior, durante e inmediatamente después del parto.

**Posición litotomía:** La que adopta el paciente en decúbito supino, apoyado sobre la cabeza, torso y nalgas, con las piernas levantadas y apoyadas sobre los complementos de la mesa quirúrgica o de exploración.

**Praxis:** práctica.

**Profilaxis:** o prevención significa tomar medidas preventivas dirigidas a evitar que se produzca un acontecimiento.

**Puerperio:** El puerperio, también llamado postparto, puede definirse como el periodo de tiempo que comienza en la finalización del parto hasta las seis semanas postparto, cuando vuelve a la normalidad el organismo femenino.

**Ventosa:** cazoleta que se pone en la cabeza al bebé y funciona como un aspirador. Hace el vacío para que se pueda tirar del bebé.