

M<sup>a</sup>. ÁNGELES CORREA VENTURA.

Violencia obstétrica: Problema de salud vinculado al género  
TRABAJO FIN DE MÁSTER

MARÍA ÁNGELES CORREA VENTURA  
MÁSTER INTERUNIVERSITARIO EN BIOÉTICA Y BIODERECHO  
2018-2019

## ÍNDICE

1. Resumen/ Abstract.....
2. Introducción.....
3. Metodología.....
4. Resultados.....
5. Discusión.....
6. Conclusión.....
7. Bibliografía.....

## **RESUMEN**

**Introducción:** La hospitalización de los partos, y su medicalización supuso una gran ventaja tanto para la madre como para el recién nacido, ya que redujo de forma considerable la tasa de morbi-mortalidad de ambos. Sin embargo, esto ha provocado que en los últimos años se haya tendido a patologizar el parto. En este contexto surge un movimiento en el que las mujeres reclaman una atención más humanizada y profesional. Así, aparece el término de violencia obstétrica, haciendo referencia a las conductas por acción u omisión que llevadas a cabo por los profesionales sanitarios afecta al cuerpo y al proceso reproductivo de la mujer, como el trato deshumanizado, la medicalización del parto sin justificación médica y la patologización de un proceso que es natural. Dado que la violencia obstétrica solo la sufren las mujeres, y supone una forma de control en el momento del parto, podemos afirmar que es un tipo de violencia de género, y que vulnera los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Esta revisión tiene como objetivos: identificar las prácticas de atención al parto que pueden calificarse de violencia obstétrica, identificar los factores que podrían justificar la mala práctica obstétrica, aportar algunas reflexiones sobre la relación entre violencia obstétrica y vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y reconocer las características que debe reunir una determinada práctica profesional en el contexto de la atención al parto para que pueda ser entendida como una forma de violencia contra la mujer.

**Métodos:** La revisión se realizó consultando diferentes bases de datos introduciendo distintos descriptores, y algunas páginas web de organismos oficiales y de algunas asociaciones.

**Resultados:** Tras la lectura de los resúmenes de 205 artículos, seleccionamos 18 publicaciones para la realización de este trabajo, ya que cumplían con los criterios de inclusión y contestaban a nuestros objetivos.

**Conclusiones:** Es necesario profundizar sobre la violencia obstétrica y sus repercusiones. Se debe insistir en la sensibilización de los profesionales que atienden el parto, recordando que en el parto, aún reconociendo que es una situación de vulnerabilidad, no hace perder a la mujer su derecho a decidir y que, en ese momento, su dignidad y la de su hijo deben ser preservadas.

**Palabras clave:** Violencia obstétrica, parto, maltrato, violencia de género, ética del cuidado, episiotomía, cesárea, amniotomía.

## **INTRODUCCIÓN**

### Marco teórico

La obstetricia, según la RAE <sup>(1)</sup>, es la parte de la medicina que se encarga de la gestación, el parto y el puerperio, es decir, abarca el período comprendido desde el parto hasta que la mujer recupera el estado que tenía antes de la gestación. También incluye la atención al recién nacido. En cuanto a esta definición, la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>(2)</sup> hace referencia a la obstetricia mediante el término de partería, la cual abarca la atención hacia las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así, como la atención que recibe el recién nacido. La partería incluye también aquellas medidas destinadas a prevenir problemas de salud en el embarazo, detección de anomalías durante el mismo, búsqueda de asistencia médica si fuese necesario, y la aplicación de medidas de emergencia en ausencia de ayuda médica.

Si retrocedemos unas cuantas décadas, podemos observar cómo lo habitual era que el alumbramiento tuviese lugar en el hogar de la parturienta con la ayuda y la supervisión de una comadrona o partera. Este término, según la RAE <sup>(1)</sup>, va dirigido a la persona facultada para asistir el parto, siendo normalmente asociada a mujeres desde la antigüedad. Las comadres o matronas, y las mujeres de forma general, han acompañado los nacimientos desde que el mundo es mundo. Incluso antes de que aparecieran estos términos, ya existían mujeres que acompañaban partos y nacimientos. Existen referencias de parteras en todas las culturas y civilizaciones desde tiempos inmemorables recibiendo diferentes nombres que le hacen alusión. <sup>(3)</sup>

Poco a poco fueron desapareciendo los mitos y supersticiones que rodeaban al parto y a la maternidad, a la vez que hombres formados en la universidad asumen el control de la gestación, el parto y el puerperio, <sup>(3)</sup>. Una de las causas que consolidó el rol de los médicos sobre las parturientas fueron las políticas higienistas impulsadas a mediados del siglo XIX. El discurso higienista destacó la intervención médica como la manera más efectiva de disminuir la mortalidad materno-infantil durante el parto. Mediante la medicalización del cuerpo femenino se empezó a controlar tanto su sexualidad como su capacidad reproductiva. De esta manera, la mujer quedaba dominada por el hombre bajo esquemas contruidos a partir de relaciones de poder: <sup>(3)</sup>

Así, los avances médicos y científicos especialmente en el campo de la obstetricia, fueron responsables de un cambio de la visión del parto, tomando conciencia de los posibles riesgos que puede tener dar a luz en contextos no controlados, tanto para la madre como para el recién nacido.

Por ello, el lugar de elección para dar a luz en el mundo actual es el hospital, ya que es el medio que cuenta con todos los recursos materiales y personales necesarios. De hecho, desde que se trasladó la atención al parto a entornos clínicos institucionales se ha reducido de forma considerable las cifras de morbi-mortalidad de la madre y del recién nacido <sup>(3)</sup>. Sin embargo, cada vez cobran más fuerza las voces autorizadas que señalan que bajo determinadas condiciones y siempre que no haya riesgos conocidos para la madre o el feto, el parto en casa es la opción más conveniente para toda la familia. Así, Pimienta *et al.*, <sup>(4)</sup> constatan mediante relatos de varias mujeres que dieron a luz en su hogar, que fue un procedimiento positivo, beneficioso y natural. El parto en casa responde a diferentes necesidades sociales y psicológicas de forma particular, permitiendo la compañía de la embarazada de forma constante. Además, proporciona diferentes ventajas como mayor privacidad, seguridad, libertad de movimiento, comodidad y unas condiciones idóneas para la madre y el bebé que fomentan su autonomía. Pimienta *et al.*, <sup>(4)</sup> afirman que el deseo de las mujeres embarazadas de repetir la experiencia del parto en casa confirma que se trata de una experiencia beneficiosa, tanto para la madre como para toda la familia. Estos autores también señalan que los partos que se llevaron a cabo en el hogar tuvieron un desarrollo rápido, fisiológico, de bajo riesgo y sin intervenciones. Por lo tanto, todas estas consideraciones han justificado la evolución del parto en casa, ya que se trata de un proceso fisiológico y natural, donde la madre se rodea de unas condiciones ideales para llevar a cabo el alumbramiento.

A pesar de ello, en los últimos años, se ha tenido la tendencia de patologizar el parto, es decir, convertirlo en un proceso patológico que precisa de medicalización y otras técnicas que, en muchos casos, no tienen justificación. Con esto se puede decir que los profesionales sanitarios ejercen una mala praxis. <sup>(3)</sup>

### Antecedentes y estado actual del tema

En un trabajo publicado en 2009, Aceituno-Velasco <sup>(5)</sup> propone una asistencia al parto más fisiológica y menos medicalizada, ya que, en ese año, la tasa de partos instrumentales en España era del 23%, siendo muy superior a la de otros países occidentales que tienen una media del 10%. Resulta particularmente destacable la alta tasa de uso de fórceps (52%) en relación con el total de partos instrumentales. Esta recomendación se justifica en que las indicaciones para realizar partos instrumentales en nuestro país están poco fundamentadas, ya que el 40% de los casos obedecen a fines profilácticos o docentes, y en que el parto instrumental, sobre todo el que se realiza con fórceps, es un factor de riesgo importante para la mujer, ya que aumenta la probabilidad de que se produzcan desgarros de grado III y IV, dando lugar así a la incontinencia anal. Este autor señala otros efectos secundarios a corto y medio plazo de la realización de partos instrumentales como la mayor necesidad de realizar episiotomía, dolor, infección y dispareunia, entre otros. Además, esta práctica también genera complicaciones en el recién nacido como hemorragia intracraneal, lesión del nervio facial, convulsiones, etc., <sup>(5)</sup>

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad <sup>(6)</sup> realizó un informe sobre la atención al parto y nacimiento en el Sistema Nacional de Salud en diciembre de 2012, donde se recogen los resultados de la primera evaluación de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN). En este informe se evalúan las siguientes prácticas: <sup>(6)</sup>

- **Periodo de dilatación:** La EAPN recomienda instruir a la embarazada en el reconocimiento de signos de trabajo de parto, facilitar a la gestante que pueda deambular y elegir la posición que le resulte más cómoda, permitir la ingesta de líquidos y alimentos, potenciar ambientes agradables que proporcionen una actitud y vivencia en las mejores condiciones, utilizar partograma, monitorizar y controlar el bienestar fetal, no realizar rutinariamente la amniotomía ni colocar vía venosa periférica, limitar el uso de oxitocina en casos de necesidad y reducir los tactos vaginales a los mínimos imprescindibles. La justificación de estas recomendaciones son las siguientes: La libertad de movimientos permite adoptar posiciones que disminuyen el dolor y mejoran el bienestar de las mujeres. La libre deambulación durante la dilatación se relaciona con una menor necesidad de oxitócicos, analgésicos e intervenciones instrumentales respecto a aquellas mujeres que permanecieron en posición de litotomía. Por eso el uso de vía venosa, monitorización, analgesia... limitan la deambulación y adoptar ciertas posiciones. Con respecto a la

ingesta de líquidos y comida no existe evidencia de que su restricción mejore las condiciones del parto, por el contrario, si que hay referencias sobre su restricción, y es que si se diera de forma prolongada puede producir deshidratación y cetosis. Por otro lado, respetar la rotura natural y espontánea de la bolsa amniótica evita posibles complicaciones, aparición de infecciones o patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal. Asimismo, la evidencia científica muestra la existencia de efectos adversos relacionados con la estimulación de la dinámica uterina de forma artificial y con la inducción al parto, por lo que estas prácticas han de tener alguna justificación. También el uso de partograma demuestra ser efectivo como método de evaluación del trabajo de parto ya que permite valorar la evolución, facilitando la toma de decisiones. <sup>(6)</sup>

Dentro de esta práctica, por tanto, se pueden desglosar las siguientes:

- Facilitar la deambulaci3n.
  - Permitir ingesta de alimentos y l3quidos.
  - Colocaci3n de v3a venosa perif3rica.
  - Realizaci3n de amniotom3as: Rotura de la bolsa amni3tica de forma artificial.
  - Administraci3n de oxitocina para facilitar la dilataci3n.
  - Inducci3n al parto.
- **Manejo del dolor durante el parto:** Se recomienda no administrar analgesia epidural de rutina, informar previamente a las mujeres sobre los distintos m3todos de alivio del dolor, as3 como de los beneficios y riesgos de uno u otro y considerar la aplicaci3n de analgesia epidural sin bloqueo motor. Justifica estas recomendaciones porque se ha demostrado que, a pesar de que la analgesia epidural en el parto sea efectiva frente al dolor, conlleva riesgos como expulsivos m3s prolongados, aumento de partos instrumentales o fracaso de la lactancia materna. Existen otras formas de abordar el dolor como masajes, utilizaci3n de pelotas de parto, ba3os de agua caliente, etc. <sup>(6)</sup>
  - **Posici3n materna durante el per3odo expulsivo:** Las recomendaciones durante el expulsivo son que se permita a la gestante adoptar libremente la postura que les resulte m3s c3moda, durante todo el proceso, incluyendo el expulsivo, formar a los profesionales en la atenci3n al parto en distintas posiciones e investigar la percepci3n y factores que influyen en la mujer para elegir una u otra posici3n. La evidencia manifiesta que la posici3n vertical o lateral, comparada con la posici3n de litotom3a (la m3s utilizada), acorta el expulsivo, reduce los partos asistidos, la realizaci3n de episiotom3as, el dolor agudo y los patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal, aumentando por otro lado, los

desgarros grado II y hemorragias posparto. En este apartado se incluye la maniobra de Kristeller, que no está recomendada por sus riesgos potenciales de morbilidad materna o fetal: no mejora la tasa de partos vaginales espontáneos, no reduce la tasa de partos instrumentales y es ineficaz en la reducción de la duración de la segunda etapa del trabajo de parto. <sup>(6)</sup>

Esta práctica, incluye:

-Imposición de posición de litotomía.

-Maniobra de Kristeller: Práctica que consiste en ejercer una fuerte presión con las manos o el antebrazo sobre la parte superior del útero de la parturienta en el momento del expulsivo <sup>(7)</sup>

- **Episiotomía:** Se recomienda el uso de una episiotomía selectiva y no sistemática, y en caso de que sea necesaria, realizar la episiotomía medio-lateral con sutura continua y material reabsorbible. No suturar los desgarros y mejorar la formación a las mujeres sobre la protección del periné. La justificación de estas recomendaciones se basa en la existencia de evidencia de que la realización de episiotomía de rutina no aporta beneficios, pero sí tiene complicaciones como disfunción del esfínter anal, incontinencia urinaria y dispareunia, así como asociación a una mayor frecuencia de desgarros de tercer y cuarto grado. <sup>(6)</sup>
- **Partos instrumentales:** Con respecto a esto, la EAPN recomienda evitarlos salvo indicación por patología y respetar los tiempos de duración del período expulsivo. En caso de que esté indicado, se recomienda como primera opción la ventosa, antes que el fórceps o la espátula. También recomienda el desarrollo de programas de entrenamiento de profesionales. Se justifica en que la realización de este tipo de partos se debe restringir a indicaciones estrictamente necesarias, ya que pueden provocar lesiones inmediatas y secuelas tardías. Su uso se relaciona con un aumento de las episiotomías, desgarros, dolor en el puerperio, riesgo de lesiones del periné con secuelas a largo plazo y reduce la duración de lactancia materna. El motivo por el que la ventosa es el instrumento de primera elección es porque reduce la probabilidad de morbilidad materna en comparación del fórceps. <sup>(6)</sup>
- **Cesáreas:** Se recomienda la implantación de programas para disminuir la tasa de cesáreas y la variabilidad no justificada, facilitar la posibilidad de tener un parto vaginal después de la cesárea (salvo excepciones) facilitar el acceso de un acompañante, favorecer un ambiente íntimo para que el primer contacto visual, táctil y olfativo del recién

nacido sea con su madre e investigar las causas del incremento de la tasa de cesáreas. El motivo de esto reside en que las cesáreas son intervenciones quirúrgicas mayores con una tasa de morbilidad materna y fetal superior a la de partos normales. La tasa de cesáreas se considera un buen indicador de calidad de la atención materna, siendo lo recomendado por la OMS no superar un 15%. La EAPN considera que es difícil establecer una tasa estándar, sin embargo, considera que es fácil reconocer la variabilidad que existe en las tasas de cesáreas. También establece que es posible que una mujer pueda tener un parto vaginal espontáneo tras haber tenido previamente una cesárea. <sup>(6)</sup>

- **Contacto precoz madre-recién nacido:** La recomendación es que el recién nacido se coloque piel con piel en el pecho o en el abdomen de la madre inmediatamente después del parto vaginal o cesárea, al menos durante 70 minutos, posponiendo procedimientos a excepción del test Apgar y la identificación, siempre que la salud de ambos lo permita. Recomienda estimular el método canguro, trabajar con grupos de apoyo y erradicar las salas de nido. Además, recomienda informar a las madres sobre las ventajas del contacto piel con piel. Se justifican estas recomendaciones en que en las dos primeras horas después del nacimiento tiene lugar el periodo sensitivo, provocado por la descarga de noradrenalina durante el parto. El contacto piel con piel tiene muchos beneficios para ambos: facilita establecer el vínculo, reconocer el olor materno, facilita la lactancia ya que pone en marcha el reflejo de búsqueda y succión, aumentando la frecuencia de las tomas. Facilita la adaptación a la vida extrauterina, favorece la recuperación del estrés, establece los valores de glucemia, el equilibrio ácido-base y la temperatura. Además, en la madre, facilita la secreción de oxitocina por lo que favorece la disminución del útero y evita experiencias emocionales negativas. <sup>(6)</sup>
- **Atención postnatal inmediata. Lactancia:** Las recomendaciones de la EAPN en relación con esto son: evitar procedimientos injustificados como aspiraciones y paso de sondas, retrasar procedimientos y pruebas que supongan la separación del recién nacido y la madre, promover la lactancia materna y el fomento de bancos de leche materna y la donación, respetar la decisión de las mujeres que opten por la lactancia artificial y los grupos de apoyo de lactancia materna. El conjunto de estas recomendaciones se basa en estudios y revisiones que indican numerosos beneficios de la lactancia materna, tanto para la madre como para el recién nacido. Para el bebé: reducción de otitis, gastroenteritis, infecciones respiratorias, dermatitis, asma, obesidad, diabetes, leucemia, enterocolitis y síndrome de muerte súbita. Para la madre: beneficios psicológicos y afectivos, reducción

de la posibilidad de desarrollar diabetes, cáncer de mama y ovario. La separación M-RN obstaculiza el desarrollo del instinto de amamantamiento. <sup>(6)</sup>

- **Tricotomía:** La recomendación es evitar esta práctica en el parto. Opcionalmente, si fuera necesario en caso de sutura, se podrá rasurar la zona parcialmente. Esta recomendación se justifica en que el rasurado del periné puede provocar la colonización de microorganismos, molestias, prurito y malestar. En la evidencia disponible no hay pruebas de que esta práctica disminuya el riesgo de infección. <sup>(6)</sup>
- **Enema:** La administración rutinaria de enema a la gestante está desaconsejada, ya que no existe evidencia que apoye su uso rutinario. Las ventajas que se atribúan a esta práctica han sido cuestionadas, incluso se ha relacionado con inconvenientes y riesgos asociados. La revisión de la evidencia muestra que el uso de enemas no reduce la aparición de infecciones maternas o neonatales, dehiscencias de la episiotomía o mejora de la satisfacción materna. <sup>(6)</sup>
- **Acompañamiento durante el proceso:** Se debe permitir e incluso alentar a todas las mujeres que, si lo desean, cuenten con personas de apoyo durante todo el proceso de modo ininterrumpido desde el comienzo del parto. También recomienda una política que permita a la gestante elegir libremente a la persona que la acompañe de forma continua. Se justifica en que existe evidencia que muestra que el acompañamiento y apoyo continuo mejora los resultados del parto, disminuyendo la analgesia, los partos instrumentales y las cesáreas. Aumenta la satisfacción de las mujeres en su experiencia y vivencia del parto y forma parte de la humanización. <sup>(6)</sup>

Así, el Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud, nos aporta datos sobre algunos indicadores de calidad cuyo cumplimiento se aleja de los estándares mencionados: rasurado del periné, uso de enema, periodo de dilatación (incluye: amniotomías en el 46.6%, amniorrexis en el 16,95%, administración de oxitocina en el 53,3% de partos espontáneos, realización de inducciones en el 19,4%), colocación de vía periférica, manejo del dolor durante el parto, referido a la analgesia epidural en el 72.2% de los partos, posición materna durante el expulsivo( incluye posición de litotomía en el 87,4% y realización de maniobra de Kristeller en un 26,1% de los partos vaginales), realización de episiotomías en el 41.9% en partos normales, realización de partos instrumentales (ventosa, fórceps o espátulas) en el 19,5% de los partos, realización de cesáreas en el 22,02% y el contacto precoz del recién nacido con la madre.<sup>(6)</sup>

Por otro lado, los datos que se obtienen del MSSSI sobre la EAPN concluyen que existen otras prácticas que se alejan un poco de los porcentajes estándar recomendados, pero se cumplen en un alto porcentaje: acompañamiento durante el parto, apoyo a la lactancia, inicio precoz de la lactancia materna y respeto a la decisión informada de la madre de optar por la lactancia artificial.

<sup>(6)</sup>

Es importante mencionar que este informe no califica tales prácticas como violencia obstétrica en ninguna parte de su estudio. Aún así, los resultados obtenidos son relevantes.

De la misma manera, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, realiza un informe sobre indicadores hospitalarios en atención especializada, donde se recogen diferentes datos y estadísticas sanitarias de diversas prácticas entre los años 2010-2016. Entre estos datos se encuentran las tasas del número total de partos, partos vaginales y cesáreas, mostrando las diferencias entre hospitales públicos y privados. <sup>(8)</sup>

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: PROBLEMA DE SALUD VINCULADO AL GÉNERO.

M<sup>a</sup>. ÁNGELES CORREA VENTURA.

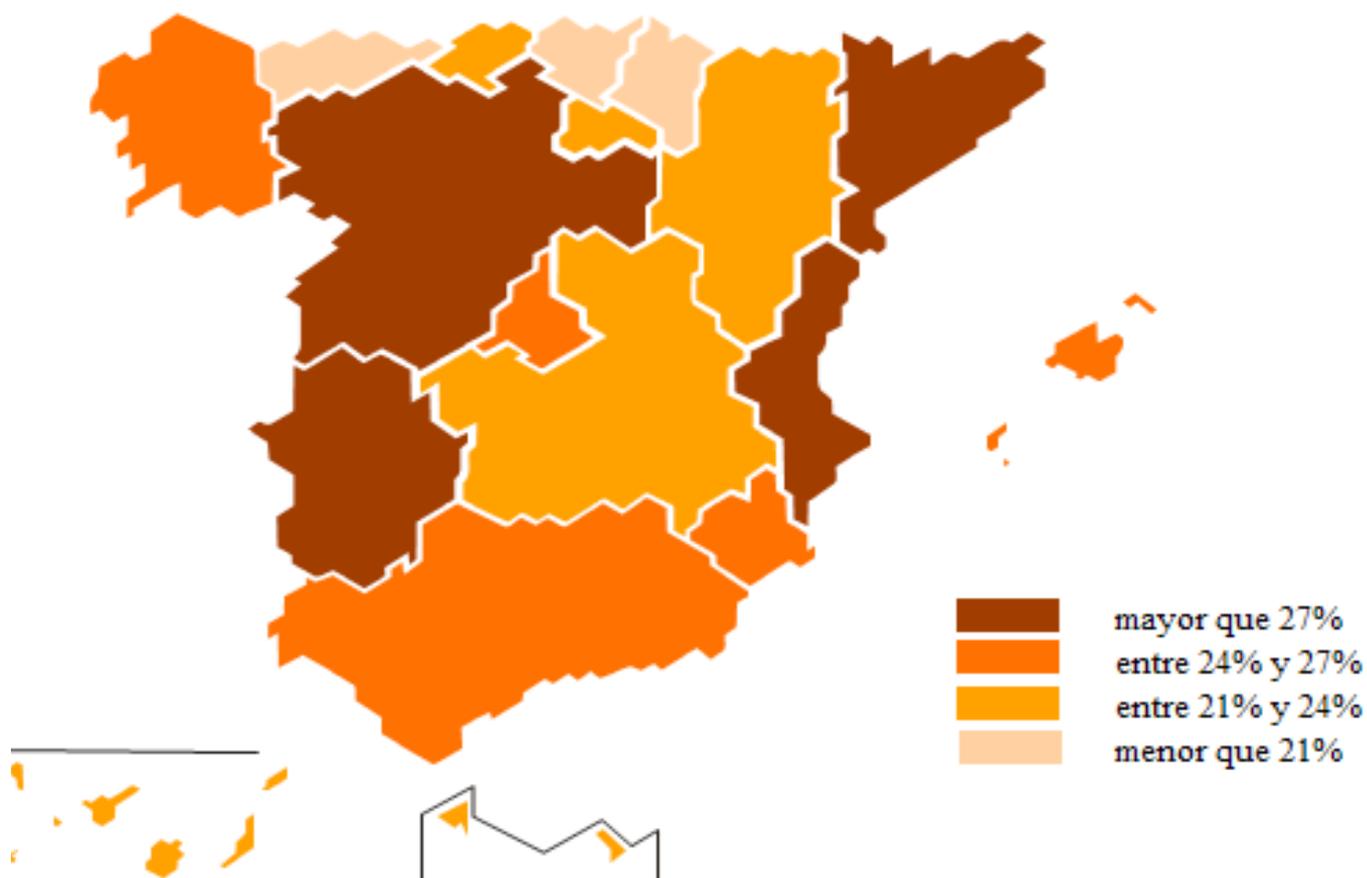
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Públicos-SNS</b>							
Total Partos	382.453	368.850	356.834	332.352	331.523	327.328	322.042
• Partos por vía vaginal	298.185	288.373	278.256	258.919	258.773	256.857	252.448
• Cesáreas	84.268	80.477	78.578	73.433	72.750	70.471	69.594
Tasa de Cesáreas	22,03%	21,82%	22,02%	22,09%	21,94%	21,53%	21,61%
Tasa de Fecundidad	34,18	33,20	32,55	30,49	30,95	31,02	30,87
Tasa de Natalidad	8,44	8,11	7,85	7,25	7,25	7,17	7,05
<b>Privados</b>							
Total Partos	97.247	99.806	95.799	88.274	89.128	85.102	82.500
• Partos por vía vaginal	60.378	63.059	59.853	54.937	55.175	53.155	51.694
• Cesáreas	36.869	36.747	35.946	33.337	33.953	31.947	30.806
Tasa de Cesáreas	37,91%	36,82%	37,52%	37,77%	38,09%	37,54%	37,34%
Tasa de Fecundidad	8,67	8,95	8,71	8,08	8,30	8,05	7,87
Tasa de Natalidad	2,14	2,19	2,10	1,92	1,94	1,86	1,80
<b>TOTAL</b>							
Total Partos	479.700	468.656	452.633	420.626	420.651	412.430	404.542
• Partos por vía vaginal	358.563	351.432	338.109	313.856	313.948	310.012	304.142
• Cesáreas	121.137	117.224	114.524	106.770	106.703	102.418	100.400
Tasa de Cesáreas	25,25%	25,01%	25,30%	25,38%	25,37%	24,83%	24,82%
Tasa de Fecundidad	42,86	42,15	41,26	38,57	39,25	39,08	38,75
Tasa de Natalidad	10,59	10,29	9,95	9,17	9,20	9,03	8,85

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y bienestar social. <sup>(8)</sup>

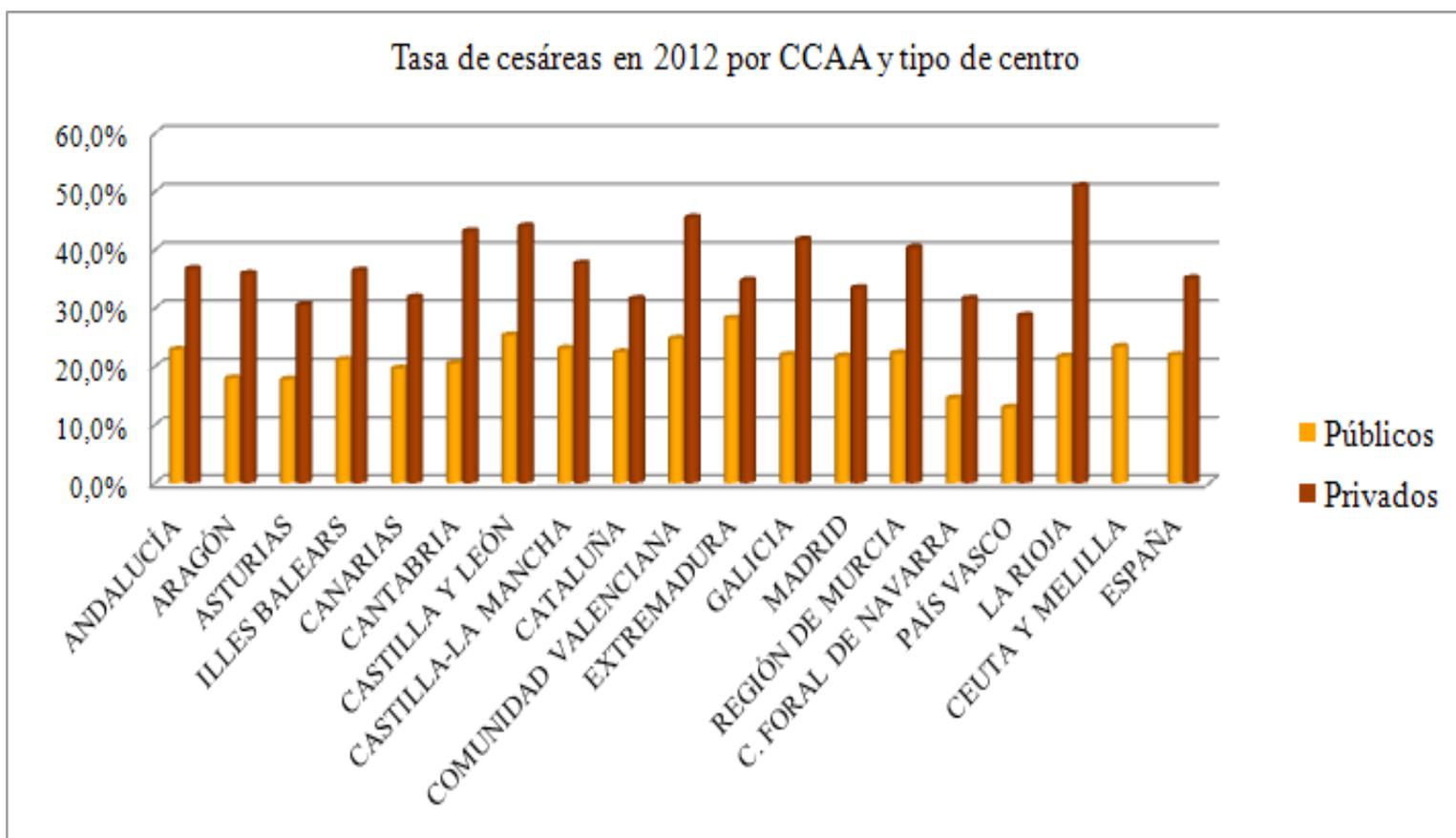
Por otro lado, el estudio de Recio muestra las diferencias entre Comunidades Autónomas y hospitales públicos y privados en relación con las tasas de cesáreas en España, en el año 2012.

(9)

### Tasa de cesáreas en 2012 por Comunidad Autónoma



Fuente: *La atención al parto en España: cifras para reflexionar sobre un problema.* Adela Recio Alcaide <sup>(9)</sup>



*Fuente: La atención al parto en España: cifras para reflexionar sobre un problema. Adela Recio Alcaide <sup>(9)</sup>*

A la vista de lo expuesto, es posible concluir que existe un alto grado de medicalización de los partos en nuestro país, ya que las tasas obtenidas sobrepasan los límites recomendados por la OMS: No superar el 15% de nacimientos por cesáreas, mantener entre un 5-10% de mujeres que reciben oxitocina sintética por vía venosa, no superar el 15% la tasa de realización de episiotomías etc. En cuanto a otras prácticas, como la maniobra de Kristeller, está categóricamente desaconsejada por la OMS por los grandes riesgos que conlleva y porque no existe justificación médica para realizarla. Lo mismo ocurriría con la posición de litotomía o posición ginecológica para el parto, pues hace mas de 30 años que la OMS la desaconsejó. Esto se debe a que existe evidencia científica de que la libertad de movimiento durante este proceso tiene un papel fundamental para un parto saludable, siendo justamente esta posición la menos beneficiosa. <sup>(10)</sup>

En cuanto a esto, cabe destacar que Amnistía Internacional <sup>(11)</sup> hace visible en un informe la crisis materna que atraviesa los Estados Unidos (E.E.U.U.), ya que mueren por complicaciones en el

embarazo y el parto más de dos mujeres todos los días. Aproximadamente la mitad de estas muertes se podrían evitar si todas las mujeres del país recibieran una atención a la salud materna de buena calidad y accesible. A pesar de que E.E.U.U. es el país que más invierte en la atención a la salud, y sobre todo en la salud materna, es donde las mujeres corren mayor riesgo de muerte por complicaciones del embarazo que en otros 40 países. Así, vemos como la probabilidad de que una mujer muera en el parto en E.E.U.U. es cinco veces mayor que en Grecia, cuatro veces mayor que en Alemania y tres veces mayor que en España. En E.E.U.U. todos los años 1,7 millones de mujeres sufren algún tipo de complicación en su embarazo, poniendo en riesgo su salud.<sup>(11)</sup> Así, podemos ver que en E.E.U.U. existen diferentes características que pueden afectar al acceso de una mujer a servicios adecuados de atención a la salud, como el género, la raza, la etnia, la condición de inmigrante, la condición de indígena o el nivel económico. Otro de los factores que se destacan en el informe de amnistía internacional es el sistema privatizado de la atención a la salud. Así, la mitad de los partos están cubiertos por seguros privados, sin embargo, son frecuentes las pólizas que no cubren la atención materna o los seguros que no ofrecen cobertura a las mujeres embarazadas, a menos que hayan contratado el seguro antes de quedarse embarazadas.<sup>(11)</sup> El hecho de que alguna condición como la raza o el género repercuta en la mujer de forma negativa a la hora de acceder a unos servicios de la atención a la salud y al parto de calidad, representan otro ejemplo de discriminación. Además, estas características, no solo pueden dar lugar a una mala atención a la salud, sino que ponen en riesgo la salud de las mujeres. Es por ello por lo que se pueden considerar un ejemplo de violencia obstétrica.

En referencia a las prácticas que se pueden dar en el momento del parto, existen ejemplos de asociacionismo como la plataforma El Parto es Nuestro, que trata de mejorar las condiciones del parto de las mujeres en la actualidad. Además, esta asociación recoge relatos de mujeres que pretenden mostrar la realidad del parto que han experimentado, donde enumeran distintas prácticas a las que fueron sometidas sin previo aviso, justificación o explicación.

Teniendo en cuenta todas las prácticas que se definen y que se relacionan con el ejercicio de la obstetricia, y las experiencias de muchas mujeres sobre sus partos, surge un movimiento en el que las mujeres reclaman una asistencia al parto de mayor calidad, y que se les devuelva su autonomía durante el parto. Así, aparece el término de violencia obstétrica. Este término hace referencia a aquellas conductas por acción u omisión, que llevadas a cabo por los profesionales sanitarios afecta al cuerpo y al proceso reproductivo de la mujer, como el trato deshumanizado, la

medicalización del parto sin justificación médica y la patologización de un proceso que es natural. La violencia obstétrica se considera una violación a los derechos humanos de la mujer. <sup>(7)</sup>

La OMS <sup>(2)</sup> afirma que la violencia obstétrica pone en riesgo el bienestar biopsicosocial de madres y recién nacidos, lo que ha hecho que esta organización denuncie el maltrato y la falta de respeto y profesionalidad en la atención al parto, promoviendo el desarrollo de políticas que ayuden a mejorar la calidad de la atención en los centros donde se efectúan prácticas obstétricas, implicando a todos los profesionales que intervienen en este proceso, así como a las mujeres, a las que anima a denunciar las prácticas inadecuadas y a reclamar un trato digno y respetuoso tanto para ellas como para sus bebés.

En el año 2004 se crea en España El Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO) promovido por la asociación El Parto es Nuestro. Se trata de un organismo multidisciplinar, que se compone de cinco especialistas en violencia obstétrica cuyo objetivo es denunciar públicamente la incidencia de las prácticas que dan lugar a esta violencia, de la que no solo son víctimas las mujeres sino también quienes las rodean, sus bebés y los profesionales de la salud y atención a la mujer en todo el proceso de la maternidad. <sup>(12)</sup>

Según la ONU, la violencia de género es aquella que se ejerce sobre las mujeres por el hecho de ser mujer, siendo ejercida habitualmente por quienes están o han estado ligados a ellas en relaciones sentimentales. Asimismo, es todo acto que provoca discriminación y desigualdad a la mujer dando lugar al sufrimiento físico, sexual o psicológico. <sup>(13)</sup> Teniendo en cuenta que la violencia obstétrica provoca daños físicos y psicológicos y que sólo la sufren las mujeres, hay que señalar que la violencia obstétrica es un tipo de violencia basada en el género. Un ejemplo que apoya esta afirmación, podrían ser algunas prácticas que se han mencionado con anterioridad como la episiotomía y los partos instrumentales, ya que ambas pueden provocar complicaciones como dolor en el puerperio, infecciones, lesiones del periné, incontinencia urinaria y/o fecal y dispareunia. Con todo esto, y teniendo en cuenta que esta última complicación se refiere al dolor durante las relaciones sexuales, se puede decir que existe una clara vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Además, la violencia obstétrica implica una pérdida de poder sobre el propio cuerpo de las mujeres durante el embarazo y el parto, y da lugar a un trato degradante y deshumanizado provocando la pérdida de autonomía de las mujeres y de su poder de decisión.<sup>(10)</sup> Aunque la violencia obstétrica involucra diferentes tipos de violencia hacia la mujer, todavía sigue siendo la violencia de género menos registrada, ya que es la más silenciada y

naturalizada en nuestra sociedad, ocultándose en la cultura que normaliza el padecimiento del cuerpo de la mujer en la maternidad. <sup>(10)</sup>

### Consideraciones éticas

Lo ya expuesto hace emerger la necesidad de realizar una reflexión desde la bioética de los problemas que generan determinadas formas de atención al parto, que pueden ser calificadas de violencia obstétrica. Las perspectivas para ello pueden ser diversas, pero nos centraremos en la ética del cuidado y en la ética principialista.

En la ética del cuidado, Carol Gilligan incorpora la experiencia femenina a la ética moral. Esto la lleva a proponer una ética distinta, la ética del cuidado, donde enfatiza el afecto y el cuidado de los seres humanos. En la crítica que realiza esta autora a la ética de Kohlberg, propone una ética del cuidado que se basa en el diálogo y se complementa con la ética de la justicia. <sup>(15)</sup> Es importante tener en cuenta que la ética del cuidado no es una ética feminista. No hace distinción de género, sino que se presenta como una reflexión que supera las dicotomías de género y se resiste a ser una ideología. Así, C. Gilligan lo afirma en el prefacio de *La Moral y la teoría psicológica del desarrollo femenino*:

*“...La distinta voz que describo no se caracteriza por el sexo sino por el tema. Su asociación con las mujeres es una observación empírica, y seguiré su desarrollo básicamente en la voz de las mujeres. Pero esta asociación no es absoluta; y los contrastes entre las voces femeninas y masculinas se presentan aquí para poner de relieve una distinción entre dos modos de pensamiento y para enfocar un problema de interpretación, más que para representar una generalización acerca de uno u otro sexo.”*

Por lo tanto, la ética del cuidado trata una perspectiva ética diferente que incluye a hombres y mujeres en una práctica de cuidado en la vida. La ética del cuidado se caracteriza por ser un proceso reflexivo-contextual que define la moral desde relaciones interpersonales y no desde principios abstractos como la justicia. Da importancia a algunos sentimientos como la benevolencia, compasión, empatía y solidaridad. Se fundamenta en el concepto de vulnerabilidad humana, en el deseo de ser amado y aceptado y en la necesidad de amar y aceptar al otro. En la ética del cuidado existe una implicación y un compromiso personal con el otro, donde el amor, la compasión o la empatía se relacionan con el cuidado en situaciones específicas en las que el otro necesita ayuda. <sup>(16)</sup>

Teniendo en cuenta que la ética del cuidado centra su interés en el otro, como alguien importante, aportando los cuidados necesarios y siendo empáticos y solidarios con él, vemos como la violencia obstétrica va en contra de un modo de acercarse a la mujer parturienta que se aleja de los postulados de aquella. Cabe destacar que, la gran mayoría de los profesionales que realizan estas prácticas, defienden su buen hacer profesional, justificándose en que están actuando en beneficencia con la madre y el recién nacido. Sin embargo, en muchos casos, ciertos procedimientos no cuentan con una justificación clínica suficiente y en la mayor parte de las ocasiones, el consentimiento de la mujer no existe o está viciado. Por ello resulta importante que el profesional sanitario no olvide la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra la paciente, es decir, debe ser empático con la mujer embarazada para comprender la situación en la que se encuentra y, en la medida de lo posible respetar su voluntad, para así lograr el máximo grado de bienestar tanto en la madre como en el niño. Se trataría, por tanto, de llevar a cabo el trabajo de forma correcta teniendo en cuenta todo lo demás: mostrar comprensión y respeto por la situación.

Por otro lado, la propuesta principialista de T.L. Beauchamp y J.F. Childress es la más conocida en bioética. El desarrollo que hacen estos autores de los principios formulados en el Informe Belmont acogieron la aportación del Informe Belmont, donde se establecen los tres principios de la bioética: respeto a las personas, beneficencia y justicia, y propusieron una nueva ética principialista con cuatro principios:

**-Respeto a la autonomía:** Norma que establece la necesidad de respetar la capacidad de las personas autónomas para tomar decisiones. La primera vez que se utilizó la palabra autonomía fue con referencia a la autorregulación y al autogobierno de las ciudades-estado independientes. En la actualidad este concepto se ha ampliado y se utiliza también para las personas, adquiriendo diferentes significados: autogobierno, derechos de libertad, intimidad, elección individual, libre voluntad, elegir el propio comportamiento y ser dueño de uno mismo. El principio de autonomía debe ser activo y no solo una actitud, ya que no solo implica la obligación de no intervenir en los asuntos de otras personas, sino también en la de asegurar que se den las condiciones idóneas para que su elección sea autónoma. Para que este principio sirva como una guía práctica de conducta tiene que ser especificado en función del contexto, y si la especificación es válida habrá que señalar cuáles son las excepciones, ya que en algunas ocasiones el principio de autonomía puede formularse negativamente. Por tanto, el principio de autonomía sólo tiene valor *prima facie* y puede ser suspendido por otras consideraciones morales. <sup>(17)</sup>

**-No maleficencia:** Evitar daños y perjuicios. Este principio obliga a no hacer daño intencionadamente. En ética este principio está directamente relacionado con la *máxima primum non nocere*: “En primer lugar, no hacer daño”. Este principio es muy utilizado por los profesionales sanitarios, aunque ni su origen ni sus implicaciones están muy claras. <sup>(17)</sup>

**-Beneficencia:** Grupo de normas sobre la adjudicación de beneficios y el análisis perjuicio-beneficio y coste beneficio. Este principio requiere mayor implicación que el principio de no maleficencia ya que los sujetos deben actuar en beneficio del otro, y no solo abstenerse de causar daños con sus actos. El principio de beneficencia se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de otros. Muchos actos de beneficencia no son obligatorios, pero el principio de beneficencia, tal y como lo entienden estos autores, impone la obligación de ayudar a otros. <sup>(17)</sup>

**-Justicia:** Grupo de normas que garantizan la distribución justa de beneficios, riesgos y costes. Los términos equidad, mérito y titularidad se han usado por distintos filósofos para explicar la justicia. Así, la justicia se interpreta como un trato igual, equitativo y apropiado en referencia a las personas o a lo que es propiedad de ellas. En referencia a esto surge el término justicia distributiva, refiriéndose a una distribución igual, equitativa y apropiada en la sociedad, que es determinada por normas justificadas que estructuran la cooperación social. En cuanto a este principio, T.L. Beauchamp y J.F. Childress hace una división, diferenciando, por un lado, el principio de justicia formal y el principio de justicia material. El primero es *formal* porque no establece ámbitos concretos en los que los iguales deban ser tratados igualmente, y no proporciona criterios para determinar si dos sujetos son iguales o no. Solo establece que las personas iguales en un mismo ámbito sean tratadas igualmente. El segundo principio se considera material porque identifica propiedades sustantivas para su distribución. De esta manera, los autores consideran el principio de necesidad, que declara que la distribución basada en la necesidad es justa. <sup>(17)</sup>

Cabe destacar que, T.L. Beauchamp y J.F. Childress afirman que la no maleficencia y la beneficencia fueron fundamentales para la ética médica, mientras que el respeto por la autonomía y la justicia quedaron relegados a un segundo plano, alcanzando hoy en día una gran importancia dado los recientes avances conseguidos. <sup>(17)</sup>

Estos principios no funcionan como normas de conductas precisas que establezcan cómo actuar en cada circunstancia. Se tratan de guías generales que dejan lugar al juicio particular en casos específicos, ayudando explícitamente al desarrollo de reglas y líneas de acción más detalladas. Esta característica de los principios no es un defecto, más bien forma parte de la vida moral, ya

que nos hace responsables de cómo aplicamos los principios en nuestros juicios en casos concretos. <sup>(17)</sup>

En la ética principialista también destaca el principialismo jerarquizado de Diego Gracia. Este autor propone una modificación del esquema de los cuatro principios. Para ello plantea una articulación entre lo deontológico y lo teleológico. Se trata de la jerarquización de los principios de la bioética. Este método resulta útil para resolver aquellos conflictos en los que se ven varios principios afectados. Así, este autor agrupa los principios de la siguiente manera: <sup>(18)</sup>

**-Ética de mínimos (exigible):** Gira en torno al binomio derechos-deberes. Trata de saber cuáles son los mínimos morales que deben ser aceptados por todos por el hecho de ser personas humanas y vivir en sociedad. La ética de mínimos considera que el consenso y la democracia no son posibles sin la aceptación de unos objetivos mínimos, entre los que se encuentran los mínimos morales. <sup>(19)</sup> Diego Gracia reagrupa los principios de justicia y no maleficencia dentro de la ética de mínimos, ya que considera que estos principios aseguran la supervivencia de los individuos. Por un lado, el principio de no maleficencia asegura la vida de las personas, mientras que el de justicia garantiza un trato igualitario. De esta manera, este autor considera que en caso de que se produzca un conflicto entre principios, se debe garantizar los mínimos. <sup>(18)</sup>

**-Ética de máximos o la gran ética(deseable):** Diego Gracia relaciona esta ética con la felicidad, ya que este término consiste en “vivir bien” y en “obrar bien,” Y como el vivir y el obrar bien se relacionan con la virtud, resulta que “la virtud es el fin, la felicidad y lo mejor”. Es por ello por lo que, esta ética gira siempre en torno a la virtud y a la percepción. <sup>(19)</sup> Así, Diego Gracia considera que la beneficencia y autonomía son principios que determinan a un sujeto portador de creencias, definiendo su proyecto vital y determinando los bienes que le permiten llevarlo a cabo. Es por ello por lo que lo considera un ámbito privado. Se refiere a los máximos a los que una persona puede aspirar, dotándola de sentido moral, guiando sus comportamientos y convicciones. <sup>(18)</sup>

Dicho esto, con respecto a los aspectos éticos dentro en la práctica de la obstetricia, cabe destacar la contribución de S. Valenzuela, <sup>(20)</sup> que además de hacer alusión a los cuatro principios básicos de la bioética: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, pretende introducir un número mayor de principios, entendidos como proposiciones que puedan orientar la actuación de los profesionales sanitarios en la práctica obstétrica. Estos principios se enumeran en:

**-Principio de no abandono:** Los que tienen la obligación de gestionar las formas de prestar atención médica en unos horarios establecidos, tienen la responsabilidad de facilitar y hacer

posible la continuidad de los estudios, tratamiento y atención médica que vele por el bien de los pacientes en situaciones de urgencia. <sup>(20)</sup>

**-Principio de Totalidad o principio terapéutico:** Se basa en el hecho observable de que el cuerpo humano es un todo unitario resultante de diferentes partes unificadas entre sí orgánica y jerárquicamente por una existencia única y personal. Es el principio que rige toda la terapia médica y quirúrgica. <sup>(20)</sup>

**-Principio de doble efecto:** Reconoce que existen muchas situaciones en las que las decisiones humanas puedan derivar en un efecto beneficioso y en otro no beneficioso. <sup>(20)</sup>

Estos principios surgen para intentar resolver los problemas bioéticos que aparecen derivados de una práctica obstétrica realizada en situaciones de urgencias que, en la mayor parte de los casos, es llevada a cabo por un médico que no es el suyo habitual. El autor establece bajo esta premisa que, hay evidencia de que los procedimientos propios de las maternidades se realizan diariamente sin ser consultados ni informados a la paciente y llevados a cabo de manera inoportuna y sin acompañantes. En este caso, la ética debe enfrentarse a la normativa moral de comprender los límites y alcances de la autonomía de la mujer frente a ciertas decisiones de su embarazo en momentos de urgencia. <sup>(20)</sup>

Por lo tanto, podemos decir que la violencia obstétrica representa un problema bioético que puede ser abordado desde las éticas expuestas. Sin embargo, considero que sería beneficioso en este caso, no solo aportar cuidados y ser empáticos con el otro, sino cumplir a su vez, con los principios de la bioética, o al menos con los principios de la ética de mínimos deseables del modo en que los propone Diego Gracia. Para ello, es importante valorar la situación de cada mujer en el momento del parto, teniendo en cuenta las consecuencias que pueden aparecer, tanto en la madre como en el recién nacido con las prácticas que se van a llevar a cabo. Por esto, es preciso abordar el impacto que tienen algunas prácticas en las mujeres y valorar el riesgo-beneficio en todos los casos, ya que cuando se habla de violencia obstétrica no se refiere a la realización de las prácticas como tal, sino a si realmente existe una justificación y una necesidad para llevarlas a cabo.

### Consideraciones jurídicas

En cuanto al ámbito jurídico, países como Venezuela, Argentina y México han sido pioneros en hablar sobre violencia obstétrica y hoy penalizan esas conductas. Así, podemos ver como Venezuela fue el primer país en reconocer la violencia obstétrica como concepto legal. El 23 de

abril de 2007, en su Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, define en su artículo 15.13 la violencia obstétrica como *“La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”* <sup>(21)</sup>

Aunque en España estas prácticas no están legalmente reguladas, no son recomendables ya que suponen una vulneración de los derechos básicos, particularmente en lo que se refiere al ejercicio de la autonomía, manifestada a través de la expresión del consentimiento informado consagrado en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica como parte de las facultades propias del derecho a la libertad consagrado en el artículo 17 de la Constitución Española.<sup>(22)</sup> Así, en nuestro país, al no estar tipificada como delito la violencia obstétrica, los actos profesionales que podrían ser calificados como una forma de violencia, se insertan dentro de las negligencias médicas, siempre que se haya producido un daño cierto y cuantificable y sin independencia del género. Es incuestionable que las prácticas que calificamos como violencia obstétrica provocan una pérdida de derechos de la mujer a la que ha sido dirigida, provocando, en algunos casos daños que afectan a la salud sexual y reproductiva, y también a la salud mental. Sólo en estos casos las mujeres afectadas podrían exigir responsabilidad jurídica a quien lo ha provocado.

Igualmente, podría considerarse que existe en las situaciones de violencia obstétrica una vulneración del artículo 15 de la constitución, tanto por lo que respecta a los daños en la integridad física y moral – entendiendo que no es necesario un resultado de muerte negligente para que se estime el atentado contra este derecho-, como en lo que se refiere a referir un trato degradante.

Igualmente, puede verse afectado el derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo 43 de la Constitución Española. Si bien es cierto que no se trata de un derecho fundamental, es indudable que el marco de desarrollo de la protección de la salud establecido en España, cualquier forma de atención al parto que utilice medios o prácticas innecesarias o incluso no adecuadas a la situación, son susceptibles de poner en riesgo la salud, tanto de la madre como de su bebé.

El respeto a la autonomía de las pacientes, como el resto de los principios de la bioética adquieren un peso importante en el contexto del parto. La práctica de los profesionales de salud debe estar presidida por los criterios de calidad y seguridad, en un marco de respeto de los derechos de las personas, y eso incluye el parto. Salvo en situaciones excepcionales por la urgencia y el riesgo

para la vida, o la salud o la integridad física, las mujeres que acuden a los centros sanitarios a dar a luz no tienen mermadas su capacidad de decisión, por lo que la relación profesional sanitario-paciente debe estar presidido por los mismos criterios éticos que se hacen presentes en otros contextos asistenciales.

Los datos recabados, junto con la bibliografía consultada, nos hacen pensar en la existencia de un problema con repercusiones éticas y jurídicas en la atención al parto. Es por ello por lo que nos proponemos como objetivos principales de este trabajo los siguientes:

- 1º Identificar las prácticas de atención al parto que pueden calificarse de violencia obstétrica.
- 2º Identificar los factores que podrían justificar la mala práctica obstétrica.
- 3º Aportar algunas reflexiones sobre la relación entre violencia obstétrica y vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.
- 4º Reconocer las características que debe reunir una determinada práctica profesional en el contexto de la atención al parto para que pueda ser entendida como una forma de violencia contra la mujer.

## **METODOLOGÍA**

Para la consecución de los objetivos se ha procedido a realizar una revisión bibliográfica que pretende reunir y sintetizar los resultados de investigación sobre el tema de estudio de manera sistemática, contribuyendo a la profundización y conocimiento del tema investigado. Para la búsqueda bibliográfica se han utilizado diferentes estrategias de búsqueda. En primer lugar, se utilizó el motor de búsqueda Google Académico para una primera toma de contacto con el tema a tratar. Posteriormente, se consultaron las diferentes bases de datos: Dialnet, Pubmed, e IBECS en los que se introdujeron algunos descriptores o palabras claves que facilitaron la búsqueda. Se destaca que, al encontrar un mayor número de publicaciones sobre el tema de estudio que provienen de países latinoamericanos, se realizó una búsqueda utilizando descriptores en inglés, encontrando una bibliografía más minoritaria del tema investigado.

Entre los descriptores que se utilizaron distinguimos:

-MeSH: episiotomy, childbirth, mistreatment, amniotomy, gender-based violence, cesarean section

-DeCS en español: episiotomía, amniotomía, violencia de género, cesárea,

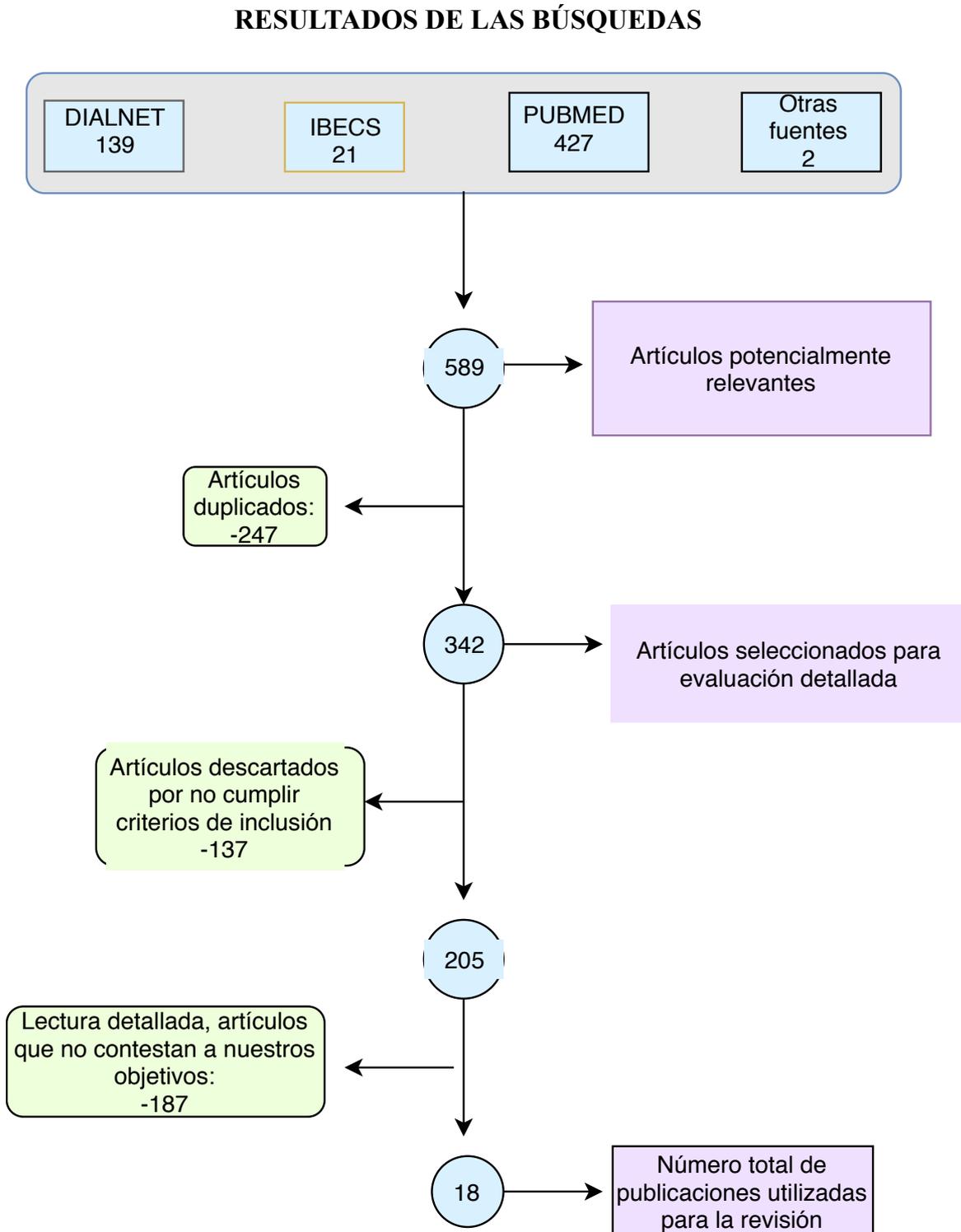
-Texto libre utilizando el boleano AND: violencia obstétrica, ética del cuidado, violencia de género, parto, violencia, Carol Gilligan, cuidados.

También se consultaron diferentes páginas web de organismos oficiales, como la OMS (Organización Mundial de la Salud), el MSSSI (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) y también la de algunas asociaciones como El Parto es Nuestro y la Asociación Española de Matronas.

Los resultados de la búsqueda y la selección de los trabajos se expresan con un diagrama de flujo, (*Figura 1*)

Por otro lado, para la selección de los artículos se tuvieron en cuenta una serie de criterios de inclusión y exclusión, analizando de qué países procedían las publicaciones, el año, y si tenía relación con el tema principal de estudio. (*Tabla 1*)

Figura 1. Diagrama de flujo.



*Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.*

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Artículos publicados en español e inglés.</li> <li>-El contenido de los artículos cumple con los objetivos del estudio.</li> <li>-Los artículos fueron publicados entre los años 2009-2019.</li> <li>-Artículos disponibles en su totalidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Artículos publicados en años anteriores al 2009.</li> <li>-Artículo cuyo contenido no era relevante para nuestro tema de estudio.</li> <li>-Artículos no disponibles a texto completo.</li> <li>-Publicaciones que se trataban de Trabajos de Fin de Grado y Trabajos de Fin de Máster.</li> </ul>

## **RESULTADOS**

Tras la búsqueda de artículos para la realización de este trabajo se identificaron 589 artículos relevantes. Después de analizar los artículos y aplicando los criterios de exclusión que se exponen en el apartado anterior, quedaron 205 artículos que fueron seleccionados para realizar la lectura de sus resúmenes. Finalmente se seleccionaron 18 publicaciones que se utilizaron para la realización de esta revisión.

Tabla 2. Características de los artículos seleccionados para la realización del presente trabajo:

AUTORES	AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	RESUMEN	CONCLUSIONES
Camacaro cuevas M	2012	La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.	Estudio cualitativo	Venezuela es el primer país en incluir la violencia obstétrica en su Ley como una forma de violencia de género y tipificándola de delito. El objetivo es descubrir la subjetividad de los obstetras, vinculada a los derechos de la mujer.	Los obstetras conciben a la mujer como objetos de trabajo donde desarrollar su pericia y destreza profesional. Ese hecho las priva de su poder de autonomía y arremete contra sus derechos sexuales y reproductivos.
Salgado F., Díaz M.	2017	Naturalización de la violencia obstétrica mediante el discurso médico y sus prácticas.	Estudio cualitativo	Se analiza la violencia obstétrica como una violencia de género que vulnera los derechos sexuales y reproductivos de las embarazadas. En el parto tienen lugar prácticas estereotipadas que consideran a la mujer vulnerable e incapaz de tomar decisiones autónomas de salud.	La medicalización del parto empieza a controlar la sexualidad y reproducción de la mujer. Así, el médico comienza a realizar prácticas que ocultan formas de maltrato. Por eso es necesario diseñar políticas orientadas a erradicar las malas prácticas en los sistemas de salud.
Cassiano A., et al.	2016	Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora	Revisión integradora	Este estudio tiene el objetivo de sintetizar la literatura científica publicada sobre las formas de violencia institucionalizada que tienen lugar en el parto. Se identifican por lo tanto varias categorías de violencia institucional: en las relaciones de poder, en el cuerpo femenino, en la comunicación, en el servicio y como una violación de derechos.	Los estudios sobre violencia obstétrica son escasos y con bajo nivel de evidencia científica. La violencia institucional en el parto aparece por diversas prácticas, comunicación, las relaciones de poder y la manipulación del cuerpo femenino. Es necesario un cambio para adoptar una asistencia cualificada, humanizada y centrada en la mujer
Iglesias S., Conde M., González S., Parada M.E.	2018	¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan	Estudio descriptivo retrospectivo	Las mujeres que han recibido atención médica por un parto, cesárea o aborto responden a una encuesta online anónima difundida por redes sociales. Se obtiene que el 45,8% no se pide el consentimiento, el 38% que fueron sometidas	Los profesionales de la salud deben reflexionar sobre el impacto de sus cuidados, la necesidad de basarlos en evidencia científica y la obligación de respetar los derechos de la mujer y su bebé. Se deben mejorar las prácticas obstétricas, incluyendo el trato
Camacaro Cuevas M.	2009	Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...Improntas de la praxis obstétrica.	Estudio cualitativo	La violencia obstétrica es violencia de género. Se centra en la atención medicalizada y en la patologización del proceso natural	La violencia obstétrica reduce la autonomía de la mujer, dependiendo de intervenciones médicas para afrontar su vida sexual y reproductiva

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: PROBLEMA DE SALUD VINCULADO AL GÉNERO.

AUTORES	AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	RESUMEN	CONCLUSIONES
Recio Alcaide A.	2015	La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema,	Revisión bibliográfica	En España el parto es el primer motivo de ingreso hospitalario. Después de parir es común haber sufrido una cesárea, una episiotomía u otras intervenciones invasivas. Este estudio demuestra que el resultado de un parto depende de algunos factores como la zona demográfica o si el hospital es público o privado, en lugar de depender del propio proceso de la mujer.	En comparación con Europa, España es un país especialmente instrumentalista en cuanto al parto, aunque no sobresalga en la tasa de cesáreas. La posibilidad de acabar un parto en cesárea, episiotomía, parto instrumental o cesárea varía según la CCAA, y se sufrirán más intervenciones en un hospital privado.
Rodríguez Ramos P.A., Aguilera Ávila L	2017	La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife	Estudio observacional descriptivo	Se considera violencia obstétrica a las diferentes formas de control y opresión sobre las mujeres embarazadas o que se encuentran en trabajo de parto. Dado que la violencia obstétrica se ejerce para controlar y oprimir a las mujeres, se afirma que es otra forma de violencia de género, considerándose también violencia institucional y simbólica.	La violencia obstétrica se genera por la alta tecnificación y la concepción del parto como una cadena, lo que lo despersonaliza y desnaturaliza. Esto provoca que las mujeres sean tratadas como enfermas a las que hay que someter a procedimientos médico-quirúrgicos.
Belli L.F.	2015	La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos	Revisión bibliográfica	La medicina moderna ha favorecido que la maternidad y fecundidad deben ser asumidas por el médico. Este tipo de intervención se basa en los avances científicos. En este trabajo se explora la violencia obstétrica como una forma de violencia de género y una violación a los derechos humanos, muchas veces ignorada.	Con la violencia obstétrica se puede detectar la vulneración de más de un derecho. Se debe garantizar el derecho de la mujer a recibir toda la información y a recibir por parte de los profesionales de la salud una atención de calidad. Son los Estados quien deben asegurarlos mediante políticas y programas que incorporen la perspectiva de género y los derechos humanos antes, durante y después del parto.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: PROBLEMA DE SALUD VINCULADO AL GÉNERO.

AUTORES	AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	RESUMEN	CONCLUSIONES
<b>Crespo Antepara. D.N., Sánchez Zambrano B.M., Dominguez-Ontano D.P</b>	2018	La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto.	Estudio descriptivo transversal	La violencia obstétrica incluye todas las acciones y conductas que deshumanizan a las mujeres durante el parto. Este artículo evalúa la existencia de violencia obstétrica en la atención recibida en varios hospitales de Ecuador.	La conducta de los profesionales en el parto no es adecuada- Se comprueba la violencia obstétrica al utilizar términos inadecuados, agresiones verbales y la realización de procedimientos innecesarios sin indicar por qué y sin su consentimiento. También se constata el uso de medicación en el parto, como el misoprolol y la oxitocina para acelerar el trabajo de parto.
<b>Bellón Sánchez S.</b>	2015	La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y biopolítica	No se identifica	En algunos países de América Latina se han adoptado leyes en contra de la violencia obstétrica. Poco a poco ha aparecido un movimiento en distintas partes del mundo para denunciar las prácticas irrespetuosas y violentas que ejerce el personal sanitario a la mujer durante el parto. Este trabajo utiliza los aportes de la crítica biopolítica y feminista para entender lo que contribuye a la violencia obstétrica.	El sexismo de las sociedades patriarcales sugiere que el cuerpo de las mujeres puede ser tratado a favor de un parto rápido y aséptico. La aparición del término violencia obstétrica y de sus leyes dejan entrever la necesidad de indagar en las causas que la generan
<b>García Fernández T</b>	2016	Violencia obstétrica. Poder simbólico y cuerpo de mujer	No se identifica	La violencia obstétrica es una de las formas en las que se manifiesta la violencia de género, e involucra distintos tipos de violencia: física, psicológica, sexual y simbólica. Constituye una clara vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.	El trato deshumanizado y el uso injustificado de medicación e intervenciones rutinarias son frecuentes es los sistemas de salud. Existe un abuso de poder por parte de los profesionales sanitarios que implica una vulneración de la autonomía de las pacientes y de sus derechos.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: PROBLEMA DE SALUD VINCULADO AL GÉNERO.

M<sup>a</sup>. ÁNGELES CORREA VENTURA.

AUTORES	AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	RESUMEN	CONCLUSIONES
Organización Mundial de la Salud. OMS	2014	Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud.	No se identifica	Muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo en el parto. Este trato no solo viola los derechos de las mujeres, sino que amenaza sus derechos a la vida, a la salud y la integridad física.	La falta de respeto y el maltrato durante el parto, es una declaración que reclama una acción investigadora a cerca de este tema, ya que resulta un importante problema de salud pública y de derechos humanos. Es necesario llevar a cabo distintas acciones para erradicar y prevenir esta situación.
Darilek U.	2017	A woman's right to dignified, respectful healthcare during childbirth: A review of the literatura on obstetric mistreatment.	Revisión bibliográfica	En los últimos años se ha visibilizado el maltrato que sufren las mujeres durante el parto. La falta de consentimiento informado o el abuso de golpear sutilmente. Ala mujer con prácticas que se hacen visibles y que van en contra de la dignidad y autonomía de las mujeres. Se relaciona con un problema sistémico y con la falta de recursos hospitalarios.	El maltrato durante el parto deja muchas preguntas con respecto el hacer profesional de los obstetras, enfermeras y resto de personal sanitario. Hay evidencia de que algunas prácticas cometidas durante el parto tienen consecuencias negativas para las mujeres. Se trata de un tema de actualidad que se ha estudiado poco.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: PROBLEMA DE SALUD VINCULADO AL GÉNERO.

AUTORES	AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	RESUMEN	CONCLUSIONES
<b>Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO</b>	2018	Violencia obstétrica: Un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable.	No se identifica	El objetivo de la SEGO es mejorar continuamente la salud de las mujeres, especialmente en España, y la de sus futuros hijos. Los avances tecnológicos y de conocimiento en ginecología ha minimizado la morbilidad materno-fetal ya que cada vez los profesionales están más preparados	Bajo ningún concepto la SEGO se siente aludida por el término violencia obstétrica, dada la buena praxis de sus asociados. Se basan en los buenos resultados de la evolución y la disminución de la morbilidad perinatal. El desempeño profesional de sus asociados es opuesto al trato deshumanizado.
<b>Da-Silva-Carvalho I., Santana-Brito R.</b>	2016	Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal.	Estudio descriptivo cualitativo.	Los informes de mujeres que tuvieron un parto normal representan formas de violencia obstétrica a las que fueron sometidas. destacan las palabras y actitudes de los profesionales sanitarios que las atendieron.	En la asistencia al parto y al nacimiento la violencia obstétrica no debería tener cabida. Los profesionales de la salud deben garantizar un servicio de calidad y un trato respetuoso.
<b>Díaz-Tello F.</b>	2016	Invisible wounds: obstetric violence in the United States.	No se identifica	Últimamente, en EEUU se denuncia la intimidación y coacción de las mujeres en el parto. A esto se le conoce como violencia obstétrica. El estudio de una serie de casos reales manifiesta un problema sistémico de violencia institucional por motivos de género.	El sistema de justicia civil de EEUU tiene limitaciones para abordar la violencia obstétrica en comparación con las jurisdicciones de América Latina. Se proporcionan soluciones políticas para el sistema jurídico y los sistemas de salud.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: PROBLEMA DE SALUD VINCULADO AL GÉNERO.

M<sup>a</sup>. ÁNGELES CORREA VENTURA.

AUTORES	AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	RESUMEN	CONCLUSIONES
Vedam S., Stoll K., Taiwo T.K., et al.	2019	The giving voice to mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States	Estudio descriptivo transversal	Tras distribuir una encuesta online que incluía indicadores de abuso verbal y físico, autonomía discriminación, mala relación con los proveedores, incumplimiento de los estándares de atención y pobres condiciones en el sistema de salud, se cuantifica la prevalencia del maltrato en el parto por raza, sociodemografía, modo y lugar de nacimiento y atención recibida.	Es el primer estudio que utiliza indicadores desarrollados por usuarios del servicio para describir el maltrato en el parto en EEUU. Los hallazgos sugieren que el maltrato lo sufren con mayor frecuencia las mujeres de color, cuando tienen lugar en hospitales y entre personas con problemas sociales, económicos y de salud.
Amnistía Internacional.	2010	Maternidad: Peligro de muerte. La crisis de la asistencia a la salud materna en los estados unidos: Resumen.	No se identifica	En los EEUU mueren todos los días por complicaciones del embarazo y parto más de dos mujeres. La mitad de estas muertes se podrían evitar proporcionando una atención a la salud de calidad y más accesible.	La salud materna es una cuestión de derechos humanos, por lo que es necesario que los gobiernos tomen medidas para garantizarlos: reducir gastos, mejorar su acceso a la atención de salud, reducir la discriminación y fallos en el sistema

## **DISCUSIÓN**

En los artículos consultados, encontramos un número considerable de técnicas realizadas por los profesionales sanitarios que tienen lugar en el momento del parto que se pueden calificar como violencia obstétrica. Cabe destacar, que durante la elaboración de esta revisión nos hemos encontrado con varias referencias que mencionan factores que podrían justificar la mala práctica obstétrica. Además, del análisis de los artículos revisados se puede concluir que existe una relación entre violencia obstétrica y vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Finalmente, se mostrará cómo algunos autores relacionan la violencia obstétrica con un tipo de violencia de género. Con respecto a esto, aportaremos una reflexión sobre las características que reúnen dichas prácticas y que hacen que se entiendan como un tipo de violencia contra la mujer.

En cuanto a las prácticas que tienen lugar en el momento del parto, la OMS<sup>(2)</sup> denuncia un trato irrespetuoso, ofensivo y negligente que tiene lugar durante el parto mediante algunas prácticas: maltrato físico y verbal, humillación, no solicitar consentimiento para la realización de distintas prácticas, realizar procedimientos innecesarios que pueden dar lugar a complicaciones mortales, falta de confidencialidad, negarse a la administración de analgesia, vulnerar la privacidad de la mujer o la retención de las mujeres y su recién nacido en los centros hospitalarios por su incapacidad para hacer frente a los gastos de la atención. Similares son las prácticas que encuentra Darilek <sup>(23)</sup> en su estudio: abuso verbal, la coacción, las mentiras y la discriminación, así como abuso físico, la medicalización de un proceso natural, el abandono del paciente o la falta del consentimiento informado. Sin embargo, cabe destacar que, a pesar de que tanto la OMS como Darilek, coinciden en las prácticas que pueden aparecer durante el parto, distan a la hora de considerarlas violencia obstétrica. Por un lado, la OMS denuncia por primera vez en el año 2014 el maltrato en el parto, aunque sin hacer alusión al término violencia obstétrica, y, por otro lado, Darilek afirma que estas prácticas generan maltrato obstétrico, es decir, violencia obstétrica <sup>(2, 23)</sup>

Bellón <sup>(24)</sup> recoge algunas de las denuncias más comunes que han tenido lugar durante el parto: la negación de información a las mujeres sobre los procedimientos médicos empleados durante el parto, prácticas hospitalarias que humillan e ignoran las necesidades de las mujeres, realización de técnicas e intervenciones innecesarias como las cesáreas y maniobra de Kristeller o rutinas hospitalarias cuyas ventajas no han sido probadas para el bienestar de las embarazadas y sus

bebés como la administración de enemas y sedantes. También encontró la realización de episiotomías o posición supina obligatoria en el momento del parto.

Recio <sup>(9)</sup> refleja datos sobre algunas de ellas que tienen lugar en diferentes hospitales españoles, obteniendo cifras muy superiores a las recomendaciones sanitarias de la OMS <sup>(2)</sup> y del Ministerio de Sanidad <sup>(6)</sup>, afirmando que existe un desfase entre la teoría y la práctica que mantiene la discriminación hacia las mujeres. Así, vemos como esta autora señala que las prácticas con las cifras más alarmantes son: las cesáreas, los partos instrumentales (asistidos con fórceps, ventosas o espátulas), las episiotomías y otras prácticas como las inducciones al parto mediante el uso de oxitocina sintética, la realización de amniotomías, la maniobra de Kristeller, los partos en posición de litotomía y el no facilitar el contacto inmediato piel con piel del recién nacido. <sup>(9)</sup> De esta manera, podemos observar que las prácticas encontradas en los estudios de las autoras Bellón <sup>(24)</sup> y Recio <sup>(9)</sup> coinciden en las cesáreas, en la maniobra de Kristeller, en la realización de episiotomías o la imposición de la posición de litotomía. Sin embargo, hay que destacar que ambas en sus respectivos estudios encuentran a su vez, otras prácticas en las que no coinciden. De igual manera ocurre con el informe que publica la OMS, en el que se muestran otros tipos de prácticas que tienen lugar en el momento del alumbramiento y que no coinciden con las de estas autoras, pero que, del mismo modo, pueden ser entendidas como formas de violencia obstétrica. <sup>(2,9,24)</sup>

Por otro lado, cabe destacar que, Recio <sup>(9)</sup>, afirma que las posibilidades de que una mujer pueda acabar su parto en cesárea, parto instrumental, episiotomía o en inducción se puede duplicar o triplicar dependiendo de la Comunidad Autónoma en la que se atiende al parto. Además, esta autora compara los datos obtenidos en España con el resto de Europa, destacando que en nuestro país se proporciona una atención al parto especialmente instrumentalizada en comparación con sus vecinos europeos, a pesar de no sobresalir en el número de cesáreas.

Hay que mencionar que, a pesar de que todas estas prácticas son comunes a las que se han identificado en otros artículos como propias del ejercicio de la violencia obstétrica, esta autora no las identifica como tal, sino que hace alusión a que en nuestro país se sobrepasan los porcentajes que establecen las recomendaciones de la OMS y del Ministerio de Sanidad en cuanto a la atención al parto.

Por otro lado Recio <sup>(9)</sup>, destaca que hay mayores posibilidades de que una puérpera sufra más intervenciones en un hospital privado que en uno público. Con respecto a este dato, Cassiano *et al.*, <sup>(25)</sup> también muestra diferencias en la atención de las mujeres entre un hospital público y otro

privado. Sin embargo, esta asegura que en el sistema privado la prestación de la asistencia y del cuidado es superior, ya que es llevado a cabo por conductas previamente esclarecidas y bien ejecutadas, por ser un servicio de pago. Y, en el servicio público, al prestarse asistencia gratuita se configura como un gesto generoso en el que las mujeres deben aceptarlo sin pedir explicaciones ni hacer preguntas, ya que es la única opción para aquellas mujeres que no pueden costearse un servicio privado. Por lo tanto, estas autoras discrepan en este punto. <sup>(9,25)</sup>

Asimismo, Cassiano *et al.*,<sup>(25)</sup> enumera distintas técnicas que cometen los sanitarios, especialmente ginecólogos y matronas :episiotomía, múltiples tactos vaginales, maniobra de Kristeller, privación del contacto precoz entre madre y recién nacido sano, prohibición de acompañante durante el proceso de parto, la utilización de enema, oxitocina, tricotomía o la imposición de la posición de litotomía durante el parto. Estas prácticas, a pesar de que también tienen lugar en el momento del parto, no coinciden con las que establece la OMS en su informe. Sin embargo, son similares a las detectadas por Bellón y Recio. <sup>(9,24,25)</sup>

En cuanto a la práctica de dirigirse hacia la mujer mediante comentarios irónicos, bromas despreciativas, utilización de diminutivos o realizando críticas ante el sufrimiento y dolor de la puerpera, vemos como Cassiano *et al.*, <sup>(25)</sup> coincide con la OMS <sup>(2)</sup> cuando afirma que existe un tipo de maltrato verbal hacia las mujeres en el momento del parto. Asimismo, Da Silva-Carvalho y Santana-Brito <sup>(26)</sup> coinciden con esta afirmación, ya que, tras realizar una entrevista a 35 mujeres afirmaron que las embarazadas durante el trabajo de parto y el alumbramiento recibieron comentarios inapropiados y críticas hacia el dolor que padecieron, además de ciertas actitudes que podrían cuestionar la profesionalidad de los sanitarios. Sin embargo, se puede observar como en el informe de la OMS y en el estudio de Bellón <sup>(24)</sup>, Recio <sup>(9)</sup> y Cassiano *et al.*, <sup>(25)</sup> se detectaron otras muchas prácticas descritas por mujeres que no aparecieron en los resultados de Da Silva-Carvalho y Santana-Brito. <sup>(26)</sup>

Otra práctica común que se detecta en la mayoría de los estudios, y que puede entenderse como una forma de violencia obstétrica es la posición de parto que se les impuso a las embarazadas, ya que se les exigía permanecer en posición ginecológica o de litotomía, ignorando sus peticiones e incluso haciéndolas responsables de posibles daños al niño si no permanecían quietas y con las piernas abiertas. Esta cuestión es destacable, ya que, hace más de 30 años, la OMS desaconsejó esta posición para el alumbramiento, debido a que existe evidencia de que la libertad de movimiento da lugar a partos más saludables. <sup>(2,7,9,24,25,26)</sup>

Díaz-Tello, <sup>(27)</sup> expone la problemática que supone la violencia obstétrica en los Estados Unidos. Esta autora recoge los relatos de varias mujeres que han dado a luz en diferentes hospitales del país, visibilizando el abuso de las cesáreas. Afirma que muchas instituciones médicas y profesionales sanitarios llegan a intimidar y coaccionar a las mujeres para que terminen su parto en cesárea, incluso llegando a obtener el consentimiento informado para la cirugía mediante el juez, en caso de que la mujer se oponga. Así, esta autora detecta que el 63% de las mujeres habían tenido una cesárea primaria, identificando al médico como el principal tomador de decisiones. A pesar de esto, F. Díaz-Tello <sup>(27)</sup> afirma que los incidentes encontrados en los informes legales y en los medios de comunicación son escasos en comparación con los aproximadamente cuatro millones de nacimientos que se registran en los Estados Unidos.

Otra investigación realizada por García Fernández <sup>(10)</sup> en Argentina en el año 2016 muestra algunos porcentajes sobre prácticas que se dan en el momento del parto. Así, se registró un porcentaje de cesáreas del 46%, de los cuales fueron programados en madres primerizas el 39%. Esta cifra resulta alarmante si se compara con las recomendaciones que establece la OMS de no superar una tasa del 10-15% de nacimientos por cesáreas. Además, esta autora también encuentra una diferencia entre el sector público y el privado, siendo en este último el índice de cesáreas del 60%. Este dato se contrasta con lo que afirma Recio. <sup>(9,10)</sup> Esta autora también se encontró con que al 80% de las mujeres que ingresaron en maternidad se les canalizó una vía venosa periférica y a un 70% se les administró oxitocina para acelerar el parto.<sup>(10)</sup> Se puede observar como todos estos datos difieren, por un lado, de los que encontramos en el informe que publica el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, <sup>(6)</sup> donde se establecen las recomendaciones de la EAPN, y, por otro lado, con las recomendaciones que establece la OMS.

(2)

Rodríguez y Aguilera <sup>(28)</sup> entrevistaron a 282 mujeres con el objetivo de conocer si en los hospitales de Tenerife se ejerce algún tipo de violencia obstétrica. Así, afirman que los indicadores más frecuentes de esta violencia son la participación de alumnos durante el parto sin el consentimiento de la mujer (28,7%) y el cambio en el ritmo del parto por conveniencia del personal (21,6%). Otro de los resultados que llama la atención de los autores es el de las mujeres que se han sentido amenazadas o insultadas durante el parto o el trabajo de parto, suponiendo un ataque a la dignidad de la mujer parturienta.

Además de esto, podemos observar como Rodríguez y Aguilera <sup>(28)</sup> identifican la violencia obstétrica con las siguientes prácticas: acelerar o disminuir el ritmo del parto, intervención de

alumnos en prácticas, infantilización de la mujer mediante el uso de diminutivos o sobrenombres, toma de decisiones sin información previa, dificultad o imposibilidad de preguntar o manifestar miedos por las malas formas del personal sanitario, obligación a permanecer en posición de litotomía, descalificación por parte del personal sanitario con respecto a los comportamientos y sensaciones de la mujer, impedimento del personal sanitario a expresar sentimientos ( gritos, llanto, risa) durante el trabajo de parto, sentimientos de amenaza por parte del personal, impedimento del contacto inmediato con el recién nacido antes de la realización de controles, tactos vaginales, negar comida, amniotomía, episiotomía, colocación de vía venosa, rasurado de genitales, enema y maniobra de Kristeller. Muchas de estas prácticas son afines a las descritas en otros estudios consultados (2,7,9,23,24,25,26,29)

Así, estos autores afirman que, en algunas ocasiones durante el parto, se contravienen las recomendaciones sanitarias españolas (reflejadas en la EAPN) las internacionales (OMS) e incluso las legales (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), afirmando, tal y como lo hace Recio <sup>(9)</sup>, que no hay concordancia entre la teoría y la práctica, lo que hace que perpetúe la discriminación a las mujeres. <sup>(9,28)</sup>

Por otro lado, Crespo Antepara, Sánchez Zambrano y Dominguez-Ontano <sup>(7)</sup> también llevan a cabo un estudio en el que entrevistaron a 150 mujeres de hospitales distintos. Con los resultados obtenidos constatan que el 59.33% de las mujeres recibieron comentarios inapropiados, el 77.33% fueron tratadas con sobrenombres, el 36% refirieron agresión verbal, el 72% de las mujeres entrevistadas refieren que no se les permitió optar por una posición de preferencia y al 72.67% se les negó el acompañamiento de una persona de confianza. También constataron que en el 65.33% de las mujeres no se les permitió realizar el contacto piel con piel con el recién nacido.

Iglesias *et al.*, <sup>(29)</sup> realizan en el año 2018 en España un estudio en el que encuestan a 17.677 mujeres. En este estudio se obtienen los siguientes resultados: el 60% de ellas afirmaron que recibieron cuidados innecesarios, el 49% que no tuvieron la oportunidad de aclarar dudas o expresar sus miedos y el 38% que fueron sometidas a procedimientos que no necesitaban o que podían ser perjudiciales para su salud.

Vedam *et al.*, <sup>(30)</sup> encuestan a 2138 mujeres en Estados Unidos en el año 2019, y obtienen los siguientes resultados: el 17,3% de las mujeres afirma haber sufrido algún tipo de maltrato durante el parto como la pérdida de autonomía mediante gritos, regaños amenazas o rechazo a la hora de

pedir ayuda. Los porcentajes obtenidos en cuanto al maltrato dista en gran diferencia cuando se tiene en cuenta el lugar donde se dio a luz: un 5,1% de las mujeres que dieron a luz en casa frente a un 28.1% que lo hicieron en los hospitales. Además, también encuentra una serie de factores relacionados con una menor posibilidad de sufrir algún tipo de violencia obstétrica: tener un parto vaginal, ser múltipara, ser mayor de 30 años y ser de color blanca. Con respecto a esto, la autora detecta que se produjo maltrato en el parto en el 27.3% de las mujeres de color negro frente al 18,7% de las mujeres de color blanco. Por lo tanto, este estudio sugiere que el maltrato en el parto aparece con mayor frecuencia en las mujeres de color negro y en los hospitales.

En cuanto a las mujeres que consideraron que sufrieron violencia obstétrica, destacamos el estudio de Rodríguez y Aguilera <sup>(28)</sup> en el que constatan que un 56.4% de las mujeres de su estudio lo afirman. Este dato se puede comparar con el estudio de Iglesias *et al.*, <sup>(29)</sup> en el que el 34% de las mujeres opinaron que habían sufrido violencia obstétrica. Aunque ambos detectan la misma práctica en su estudio, vemos que el porcentaje obtenido entre uno y otro dista en casi el doble. <sup>(28,29)</sup> Sin embargo, cabe destacar la posición que adopta la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) <sup>(31)</sup> con respecto a la violencia obstétrica, ya que niega que su desempeño profesional incurra en ella. Manifiesta que la especialidad ginecológica y obstétrica recurre constantemente a una buena praxis, ya que cuenta con resultados satisfactorios, donde la morbimortalidad perinatal se ve disminuida.

Por otro lado, los autores Iglesias *et al.*, <sup>(29)</sup> coinciden con Crespo Antepara, Sánchez Zambrano y Dominguez-Ontano <sup>(7)</sup> en que a un gran porcentaje de las mujeres de su estudio no se les pide el consentimiento informado, siendo del 45,8% y del 100% respectivamente. Sin embargo, podemos ver que, además de las diferencias obtenidas entre uno y otro, en el estudio de Crespo Antepara, Sánchez Zambrano y Dominguez-Ontano, <sup>(7)</sup> la falta de solicitar el consentimiento informado se refiere a los casos en los que se aceleró el parto, y no al resto de procedimientos. <sup>(7,29)</sup>

Con respecto a la realización de la episiotomía, se obtienen datos alarmantes. Por un lado, García Fernández <sup>(10)</sup> encuentra en su investigación un 65% y Crespo Antepara, Sánchez Zambrano, y Dominguez-Ontano <sup>(7)</sup> constatan que en un 32.67% de los casos se realiza la episiotomía. Mientras que Rodríguez y Aguilera <sup>(28)</sup> obtiene un 10.3%, siendo este porcentaje el que más se acerca a las recomendaciones de la OMS, ya que establece que no se supere el 15% de episiotomías. <sup>(2,7,10,28)</sup>

Otra técnica que destacar es la realización de amniotomías. Por un lado, Rodríguez y Aguilera <sup>(28)</sup> obtienen para esta práctica un 7.8% mientras que Crespo Antepara, Sánchez Zambrano, y Dominguez-Ontano <sup>(7)</sup> constatan que se realiza en un 11.33% de los casos.

Finalmente, considero importante mencionar que, en el caso de García Fernández, <sup>(10)</sup> la maniobra de Kristeller obtuvo un 34%, mientras que para Rodríguez y Aguilera <sup>(28)</sup> esta práctica no superó el 3.2%. Aunque para el segundo el porcentaje obtenido es mucho menor, es preocupante que se detecte la realización de esta práctica ya que se ha evidenciado que puede tener graves consecuencias para la madre y el recién nacido, y que no existe justificación médica para hacerla. Además, la EAPN recomienda que la tasa de realización de esta sea del 0%. <sup>(6,10,28)</sup>

Cabe destacar que, los resultados que se obtienen en cada uno de estos estudios son muy diversos y que coinciden en un número minoritario de prácticas. Además, se puede afirmar que existen diferencias entre países. Sin embargo, con los datos obtenidos a partir de todos ellos se pone de manifiesto que determinadas prácticas y actitudes llevadas a cabo por los profesionales de la salud en el momento del parto, contribuyen a la aparición de la violencia obstétrica.

A pesar de las afirmaciones de estos autores, y de los datos que se han obtenido con respecto a las prácticas que se consideran violencia obstétrica, destaca la opinión de la SEGO, <sup>(31)</sup> ya que pone de manifiesto que los conocimientos y procedimientos médicos de los especialistas en este campo han minimizado las secuelas del embarazo y el parto, ya que cada vez se encuentran más preparados e informados gracias a los avances tecnológicos en este campo. De esta manera, cabe señalar lo que la SEGO expone con respecto a su hacer profesional: *...” En el parto, cada individuo se enfrenta de forma solitaria a su destino en 10 centímetros de vagina, está en nuestras manos acompañarlo y ayudarlo a enfrentarse al resto de una vida de 80 años con la mejor adaptabilidad, salud e independencia social.”* <sup>(31)</sup> Con esta afirmación, podemos ver como la SEGO <sup>(31)</sup> defiende que el desempeño de su trabajo está abalado por los avances científicos en esta materia, y que las prácticas que pueden aparecer en el momento del parto son fruto de estos avances, que han aparecido para garantizar la salud materna y la del recién nacido. En cuanto a esto, podemos ver cómo otros profesionales coinciden con la SEGO <sup>(31)</sup> ya que, Iglesias *et al.*, <sup>(29)</sup> encuentran en su estudio a sanitarios que niegan la existencia del grave problema de salud pública de la violencia obstétrica o que justifican las prácticas que se asocian a ella por salvaguardar la vida de la madre y del recién nacido.

Además, la propia SEGO <sup>(31)</sup> hace mención al trato deshumanizado durante el parto. Consideran que el abandono y la dejación en el momento del parto es contraria a su responsabilidad médica, por lo que desmiente que algo así tenga lugar en el momento del parto. Se puede ver, por tanto, que niegan lo que afirman otros autores. <sup>(2,23,24)</sup>

Por otro lado, es preciso mencionar que durante la elaboración de esta revisión se encontró un resultado común en varios artículos que hacen referencia a la justificación de la violencia obstétrica. En referencia a esto, cabe destacar que Cassiano *et al.*, <sup>(25)</sup> a lo largo de su artículo hacen referencia a la violencia obstétrica mediante el término de violencia institucional en el parto, la cual se asociaría a unas condiciones precarias del sistema de salud donde los recursos materiales y humanos se ven limitados por los recortes presupuestarios, y donde se dan conductas poco éticas e irresponsables por parte de los profesionales. Los autores relacionan todo esto con la aparición de las malas prácticas obstétricas, justificando así, la violencia obstétrica en el sentido de atribuir esas malas prácticas no a las decisiones de los profesionales, sino a las condiciones del sistema. Similar es la opinión de Darilek, <sup>(23)</sup> al afirmar que el maltrato obstétrico por parte de las enfermeras, matronas y resto de personal sanitario tiene lugar por la falta de personal o de recursos adecuados. También menciona que podría tratarse de un problema sistémico.

De la misma manera, Da Silva-Carvalho y Santana-Brito, <sup>(26)</sup> mencionan la violencia institucional como posible causa que genera violencia obstétrica. Sin embargo, a diferencia de Cassiano *et al.*, <sup>(25)</sup> estas no consideran que unas condiciones de trabajo difíciles justifiquen la violencia obstétrica.

Asimismo vemos como Iglesias *et al.*, <sup>(29)</sup> afirman que la calidad de asistencia obstétrica en nuestro país es alarmantemente deficitaria, tanto desde el punto de vista científico y biomédico, como desde el respeto a la dignidad, privacidad y autonomía de las mujeres. La autora relaciona que la falta de cumplimiento de las recomendaciones y la violencia obstétrica se justifican por la falta de tiempo, el estrés, la sobrecarga asistencial, la falta de recursos e infraestructuras, etc. Esta afirmación coincidiría con Cassiano *et al.*, <sup>(25)</sup> y con Da Silva-Carvalho y Santana-Brito, <sup>(26)</sup> ya que mencionan estos factores como posibles causas que generan mala praxis obstétrica. <sup>(25,26,29)</sup>

Similares son las consideraciones de los autores Rodríguez y Aguilera <sup>(28)</sup> y Belli <sup>(32)</sup>, ya que también coinciden en que la violencia institucional puede dar lugar a la violencia obstétrica. Ambos consideran que la violencia obstétrica puede deberse al funcionamiento deficiente de los sistemas sanitarios. <sup>(28,32)</sup> Sin embargo, la autora Belli., <sup>(32)</sup> no considera que esto justifique la violación los derechos de las mujeres que hacen uso de los sistemas sanitarios. Además, afirma que la violencia

obstétrica no puede ser un obstáculo en la atención de calidad de sus pacientes. Por otro lado, Rodríguez y Aguilera <sup>(28)</sup> detectan que la violencia obstétrica que tiene lugar en instituciones o sistemas públicos, provocan daños psicológicos y/o físicos a las mujeres, y que esto se debe a condiciones laborales inadecuadas.

Sin embargo, Bellón, <sup>(24)</sup> además de afirmar que las prácticas que generan violencia obstétrica incurrir en la patologización del cuerpo de las mujeres embarazadas, dando lugar a la medicalización de sus procesos reproductivos y a tratos deshumanizados que van en contra de su integridad, considera que todas ellas son fruto de las relaciones de poder ligadas a las jerarquías de género, saberes y clases que entran en conflicto por la posesión del control de la asistencia médica del parto. Bellón <sup>(24)</sup> relaciona, por tanto, la violencia obstétrica con una cuestión de género y de biopolítica, más que con la violencia institucional como defienden otros autores. <sup>(24,25,26,28,29,32)</sup>

Por otro lado, Camacaro <sup>(33)</sup> afirma que la atención obstétrica se centra en la institución sanitaria. Este hecho hace que los profesionales de la salud asuman el control de la situación, desplazando a la mujer de su embarazo, parto y puerperio. Con esto, afirma que la asistencia que patologiza el parto de bajo riesgo reduce la posibilidad de que la mujer sea capaz de valerse por si misma, dependiendo de la acción médica para afrontar su vida sexual y reproductiva. A pesar de que esta autora hace referencia a una asistencia obstétrica institucionalizada, no la relaciona con unas condiciones precarias de trabajo, sino con el rol que asumen los profesionales sanitarios durante la atención al parto.

Haciendo referencia a la posible relación que existe entre violencia obstétrica y vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, son varios los autores que afirman la existencia de esa relación. Así, Cassiano *et al.*, <sup>(25)</sup> destacan en su trabajo la consideración de la violencia obstétrica como una violación de los derechos de las mujeres. En este trabajo, los autores determinan que las prácticas de privar a la mujer de un acompañante en el momento del parto e impedir el contacto precoz entre la madre y el recién nacido sin ninguna causa clínica justificable, son tipos de violencia institucional que generan una violación de los derechos de la mujer.

Del mismo modo, Da Silva-Carvalho y Santana-Brito <sup>(26)</sup> afirman que las prácticas descritas en sus estudios suponen una violación de los derechos de las mujeres, poniendo en riesgo su integridad física y mental. Por lo tanto, la violencia obstétrica no solo constituye un problema de salud pública, sino que también se trata de una cuestión de derechos humanos. En consonancia con lo expuesto, Bohren *et al.*, <sup>(34)</sup> también establecen que el maltrato durante el parto representa una violación de

los derechos humanos fundamentales de las mujeres, ya que en muchas ocasiones se enfrentan a diferentes tipos de abusos físicos y verbales que arremeten contra la salud de las mujeres y contra su dignidad.

Camacaro <sup>(35)</sup> también relaciona violencia obstétrica con vulneración de los derechos sexuales y reproductivos. Afirma que en ocasiones la disciplina de la obstetricia trastoca la vida de las mujeres en sus derechos sexuales y reproductivos. Durante siglos, las mujeres han sido víctimas de agresiones a su cuerpo y a su sexualidad cuando tiene lugar el trabajo de parto, alumbramiento y puerperio, momento en el que toda mujer se encuentra más vulnerable e indefensa. Para esta autora, todas estas agresiones se han cometido en nombre de una disciplina obstétrica institucionalizada, liderada por el género masculino, y llena de argumentos insostenibles e indefendibles.

Rodríguez y Aguilera <sup>(28)</sup> también se posicionan con respecto a esto. Afirman que existe relación entre violencia obstétrica y vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, pues con ella se generan daños que interfieren en el día a día de las mujeres que la sufren y que van en contra de los derechos fundamentales de las personas, así como en contra del derecho a la Protección de la Salud.

Por otro lado, Salgado y Díaz <sup>(36)</sup> afirman que el personal médico realiza prácticas que ocultan formas de maltrato, vulnerando los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y dando lugar a la violencia obstétrica, expresada en un trato jerárquico en el que destaca el abuso de la medicación y la patologización de un proceso natural.

En referencia a esto, la OMS <sup>(2)</sup> también se posiciona afirmando que mujeres en todo el mundo son víctimas de un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Así, se observa como esta organización afirma que el maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto puede constituirse como una violación de los derechos de las mujeres por los daños que les provocan. Asimismo, la OMS <sup>(2)</sup> afirma que todas las mujeres tienen derecho a recibir el nivel más alto de cuidados de la salud, incluyendo una atención digna y respetuosa en el embarazo y parto. Las embarazadas tienen derecho a recibir un trato médico adecuado y a tener la libertad de solicitar y recibir información, tomar decisiones y a no sufrir discriminación, obteniendo un alto nivel de salud, que incluye la salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, es importante puntualizar que, a pesar de que la OMS <sup>(2)</sup> confirme que existe un tipo de violencia durante el parto, y que ésta vulnera los derechos de las mujeres, no menciona el término violencia obstétrica, sino que se refiere a ésta mediante malas prácticas que tienen lugar durante el parto y que son ejercidas por quienes lo asisten.

Amnistía Internacional <sup>(11)</sup> publicó un informe acerca de la asistencia materna en los Estados Unidos, dónde además de abordar la crisis existente en cuanto a la asistencia a la salud materna, afirmó que se trata de una urgencia para la salud pública y una crisis de derechos humanos, ya que en este país las mujeres se enfrentan a diversos obstáculos para conseguir un servicio de calidad. Esto se debe a que el sistema de atención pública tiene diversas deficiencias: discriminación, obstáculos burocráticos y lingüísticos, falta de información en la atención maternal, falta de personal y de protocolos que garanticen la calidad y falta de rendición de cuentas y supervisión.

También Amnistía Internacional <sup>(11)</sup> se ha pronunciado respecto al tema que nos ocupa, señalando *“la salud materna es una cuestión de derechos humanos. La mortalidad materna evitable puede ser consecuencia o reflejo de violaciones de diversos derechos humanos, como el derecho a la vida, a no sufrir discriminación y al más alto nivel posible de salud. Los gobiernos tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos estos y otros derechos humanos y son responsables en última instancia de proporcionar un sistema de salud que garantice estos derechos universal y equitativamente...”*

Darilek <sup>(23)</sup> establece que la violencia obstétrica supone un peligro para la salud de las mujeres y niños, no la relaciona con una violación de sus derechos, sino con una violación de los principios éticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia).

Hace ya varias décadas se comenzó a reivindicar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, aludiendo a experiencias traumáticas sufridas durante el embarazo y el parto por parte de los profesionales de la salud, haciendo visible que éstas atentan contra derechos fundamentales de la mujer, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos, lo que evidencia que las prácticas ejercidas por los sanitarios en este ámbito provocan daños físicos, sexuales y psicológicos que vulneran los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. <sup>(2)</sup>

Por lo tanto, son varios los autores que no solo identifican tipos de violencia obstétrica, sino que en lo que se refiere a derechos humanos afirman que transgrede el derecho a la salud, a la

integridad de la persona, a la información y a la vida y lo denomina un problema global de los sistemas de salud que se ha silenciado por el entorno en el que tiene lugar. (2,11,25,26,28,32,35,36)

Con respecto a la consideración de la violencia obstétrica como un tipo de violencia de género, hemos observado que varios autores adoptan esta posición, a la vez que se reconocen algunas características que reúnen determinadas prácticas que tienen lugar en el momento del parto, que hacen que pueda ser entendida como una forma de violencia contra la mujer.

Así, Díaz-Tello (27) afirma que la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género, ya que supone una infracción a los derechos humanos, a la libertad, a la seguridad, a la salud reproductiva y a la autonomía de las mujeres. Además, también manifiesta que supone un ataque a la dignidad de la persona, ya que tiene lugar un trato cruel, inhumano y degradante. De la misma manera, Rodríguez y Aguilera, (28) afirman que la violencia obstétrica es además de un tipo de violencia de género, una violencia institucional y simbólica, coincidiendo con Camacaro.(35) Por un lado, consideran que la violencia obstétrica es violencia de género porque se ejerce sobre la mujer por el simple hecho de ser mujer, quedando sometida de forma aleatoria a prácticas que pueden generar daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer. Por otro lado, la consideran una violencia simbólica, ya que esta se define como aquella violencia que está tan extendida y normalizada que no se reconoce como violencia de tan asumida que la tienen las personas sobre las que recae y por quienes las ejercen. (28,35)

Por otro lado, en referencia a esto, cabe señalar que Belli (32) afirma que a pesar de que hace décadas que una serie de conferencias internacionales realizadas en el marco del alcance de los derechos humanos, alertaron sobre la importancia de respetar los derechos sexuales y reproductivos, la desigualdad de género sigue afectando a los servicios de salud reproductiva en una gran parte del mundo.

Dicho esto, cabe señalar que algunas de las prácticas que se consideran violencia obstétrica reúnen ciertas características que hacen que se entiendan como un tipo de violencia contra la mujer como la falta de consentimiento informado, la vulneración de la intimidad corporal con exploraciones repetidas e innecesarias cuyo objetivo es el de la investigación o la docencia, privar a la madre y al recién nacido el contacto previo piel con piel, no permitir a la embarazada el acompañamiento de un ser querido o el dirigirse a ellas mediante comentarios inapropiados que en muchas ocasiones infantilizan a la mujer. Todas estas características actúan en contra de la mujer, pudiendo considerarse un tipo de maltrato que se enmascara por la institución en la que

tiene lugar, y por quienes lo cometen, que en la mayoría de los casos incurren en el paternalismo médico. Además, este hacer profesional solo se desempeña contra la mujer, lo que evidencia la distinción de género.

Tras analizar los datos que se exponen, vemos, por un lado, que la violencia obstétrica es ejercida por los profesionales sanitarios mediante diferentes tipos de prácticas y actitudes que, en el contexto obstétrico, se realizan de forma rutinaria y sistemática. Por lo tanto, en muchas ocasiones no se valora la necesidad real de llevarlas a cabo. Por otro lado, con los datos expuestos, se puede afirmar que la violencia obstétrica atenta contra los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, lo que pone de manifiesto la necesidad de que los profesionales se responsabilicen de sus actos, tomando medidas para evitar recurrir a estas prácticas.

Además, con todo esto se visibiliza la tendencia que hay a justificar muchas de las prácticas que se cometen en el momento del parto con las condiciones laborales precarias a las que se enfrentan los trabajadores sanitarios, tales como falta de recursos y personal.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo nos hemos encontrado con una cantidad minoritaria de publicaciones científicas, siendo la mayor parte revisiones de la literatura existente. Otra de las limitaciones que han aparecido en nuestra búsqueda, son las referencias de países angloparlantes que tengan relación con nuestro tema de estudio. Si bien se han encontrado numerosas publicaciones en inglés, un buen número de ellas analizan la situación en otros países, mayoritariamente de América Latina, y también de África como Tanzania y Etiopía. De hecho, es un dato destacable que la gran mayoría de estudios encontrados durante la búsqueda provenían de América Latina, países pioneros en la adopción de medidas legales contra la violencia obstétrica.

## **CONCLUSIONES**

En los estudios consultados se muestran numerosas prácticas que tienen lugar durante el embarazo, trabajo de parto y el alumbramiento que no tienen justificación médica. Muchas de estas prácticas se acompañan de comentarios y actitudes inapropiadas que son llevadas a cabo por el profesional sanitario. Por ello, en los últimos años muchas mujeres han denunciado que han sido víctimas de abusos físicos y verbales durante su proceso de parto, y que muchos de los procedimientos a los que fueron sometidas se realizaron sin consentimiento o sin haber sido informadas previamente, representando además un problema bioético. Estas declaraciones provocaron que ciertas prácticas cometidas por el personal sanitario en el momento del parto, y sin justificación médica, se denominaran violencia obstétrica.

La evidencia ha demostrado que las prácticas derivadas de la violencia obstétrica tienen repercusiones negativas en la salud de las mujeres, ya que pueden provocar daños físicos, psicológicos y sexuales. Por esto, muchos autores ponen de manifiesto que la violencia obstétrica se relaciona con la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Por este motivo, y dado que este trabajo se trata de una primera aproximación al tema, considero que resulta de interés profundizar sobre la violencia obstétrica y sus repercusiones, tratando de identificar con precisión que prácticas, que pueden ser incluso comunes, se convierten en un determinado momento en una forma de violencia obstétrica y cuáles son las causas para ello. Asimismo, es necesario, insistir en la sensibilización de los profesionales que atienden el parto, recordando que la parturienta, aún reconociendo que es una situación de vulnerabilidad, no pierde su derecho a decidir y que, en ese momento, su dignidad y la de su hijo deben ser preservadas.

Del mismo modo, resultaría interesante establecer algunas propuestas de mejora. A nivel hospitalario, considero que se pueden llevar a cabo diferentes propuestas que mejoren la atención a las mujeres durante el trabajo de parto, alumbramiento y puerperio. Por un lado, resultaría beneficioso que se impartiera una formación de calidad a los profesionales sanitarios, dónde se hagan visibles las repercusiones que tienen muchas de las prácticas que se llevan a cabo durante el ejercicio de su profesión de forma rutinaria, y dónde se ponga de manifiesto las necesidades reales de ejecutarlas, para así, evitarlas en medida de lo posible. Además, la formación de los profesionales también es necesaria para evitar ciertos comentarios inapropiados que realizan hacia las mujeres en el momento del parto. Esta formación podría incorporarse a los planes de estudios de los distintos grados o especialidades en esta área de atención a la salud, dando

visibilidad a la violencia obstétrica, ya que, la mayoría de los profesionales que incurren en ella no son conocedores de este término y de las consecuencias que tiene para la mujer.

Finalmente, algo que mejoraría la tasa de violencia obstétrica es la que pone de manifiesto el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, tras comprobar si los protocolos hospitalarios incluyen las recomendaciones de la EAPN: Llevar a la práctica las recomendaciones de la EAPN e incluir estas recomendaciones actualizando los protocolos hospitalarios. <sup>(6)</sup>

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Real Academia Española (RAE). Obstetricia. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=Qpbnjnu>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS); World Health Organization (WHO). Disponible en: <https://www.who.int/topics/midwifery/es/>
3. Rodríguez Rozalen M.A. La posición del obstetra y la matrona ante el parto. Asociación Española de Matronas. [Internet]. 2017. Consultado el 25 de mayo de 2019. Disponible en: [https://aesmatronas.com/wpcontent/uploads/2017/12/16\\_POSICION\\_OBSTETRA\\_MATRONA.pdf](https://aesmatronas.com/wpcontent/uploads/2017/12/16_POSICION_OBSTETRA_MATRONA.pdf)
4. Pimienta D.G., *et al.*, El parto realizado por matronas: una revisión integradora. Enfermería Global. [Internet]. 2013. [Consultado el 18 de julio de 2019]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/enfermeria2.pdf>
5. Aceituno-Velasco L. Tasa de partos instrumentales en España. Elsevier [Internet]. 2009. [Consultado el 3 de Julio de 2019] Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(09\)72629-9](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(09)72629-9)
6. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el sistema nacional de salud. [Internet] 2012. [Consultado el 20 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN\\_revision8marzo2015.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf)
7. Crespo-Antepara D., Sanchez Zambrano B.M., Domínguez-Ontano D.P., La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto. Pol. Con. (Edición núm. 21) Vol. 3, No 7 Julio 2018, pp. 347-361.
8. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sistema de información de atención especializada (SIAE): Indicadores hospitalarios evolución 2010-2016. [Internet]. 2016. [Consultado el 4 de julio de 2019]. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospilInternado/inforAnual/documentos/Indicadores\\_hosp.Evolucion\\_2010\\_2016.pdf](https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospilInternado/inforAnual/documentos/Indicadores_hosp.Evolucion_2010_2016.pdf)
9. Recio Alcaide A. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. Dilemata año 7 (2015), nº 18, 13-26.
10. García Fernández T. Violencia obstétrica. Poder simbólico y cuerpo de mujer. Revista Bordes. 2016.

11. Amnistía Internacional. Maternidad: Peligro de muerte. La crisis de la asistencia a la salud materna en Estados Unidos: Resumen. [Internet] 2010. [ Consultado el 23 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.amnesty.org/download/Documents/36000/amr510192010es.pdf>
12. El Parto es Nuestro. Dossier de presentación de los observatorios de la violencia obstétrica. [Internet] 2016. [Consultado el 14 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/interovo.pdf>
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de la mujer y para la igualdad de oportunidades. Definición de violencia de género. [Internet] [Consultado el 25 de mayo de 2019] Disponible en: [http://www.inmujer.gob.es/servRecursos/formacion/Pymes/docs/Introduccion/02\\_Definicion\\_de\\_violencia\\_de\\_genero.pdf](http://www.inmujer.gob.es/servRecursos/formacion/Pymes/docs/Introduccion/02_Definicion_de_violencia_de_genero.pdf)
14. Benlloch-Doménech C., Barbé-Villarubia M.J., Cascales Ribera J., Reflexiones al final de un inicio: Estudio de asociación entre variables sociodemográficas y tipo de parto en la prevención de la violencia obstétrica en España. Musas, vol. 4, núm. 1 (2019): 98 – 119.
15. Medina-Vicent M. La ética del cuidado y Carol Gilligan: una crítica a la teoría del desarrollo moral de Kohlberg para la definición de un nivel moral postconvencional contextualista. Daimon. Revista Internacional de Filosofía, no 67, 2016, 83-98.
16. Durán Palacio. La ética del cuidado: una voz diferente. Revista Fundación Universitaria Luis Amigó, Vol. 2, n<sup>o</sup>. 1 (2015): 12-21.
17. Beauchamp T.L., Childress J.F. Principios de ética biomédica. 4th. Ed. Barcelona: MASSON; 1999.
18. Feito Grande L. Fundamentos de bioética, de Diego Gracia. Bioética & Debat. 2011; 17(64): 8-11.
19. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: EUDEMA; 1989.
20. Valenzuela S. Algunos aspectos éticos en la práctica de la obstetricia. Rev. Med. Clin. Condes (2014) 25(6) 1029-1034.
21. Olza Fernández I. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. Rev. Iberoamericana de psicopatología. [Internet]. 2014. [Consultado el 10 de julio de 2019]; n<sup>o</sup> 111: 79-83.
22. Constitución Española. Artículo 17.
23. Darilek U. A woman's right to dignified, respectful healthcare during childbirth: A review of the literatura on obstetric mistreatment. Journal Issues in mental health nursing. [Internet]

2017. [Consultado el 16 de julio de 2019]; 39(6): 538-541. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01612840.2017.1368752>
24. Bellón Sánchez S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Rev. Dilemata* (2015), nº 18, 93-111.
  25. Cassiano A., Santos M.G., Pereira Soares dos Santos F.A., Miranda de Holanda C.S., Carvalho J.B., Oliveira Enders T.M., Cruz B. Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora. *Enfermería Global* (2016), nº 44: 452-464.
  26. Da Silva-Carvalho I., Santana-Brito R. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería Global* (2017), nº 47: 71-79.
  27. Díaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reproductive health matters. An international journal on sexual and reproductive health and rights*. [Internet] 2016. [Consultado el 16 de julio de 2019]; 24(47): 56-64. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2016.04.004>
  28. Rodríguez Ramos P.A., Aguilera Ávila L. La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *Musas* (2017), vol. 2, núm. 2: 56 – 74.
  29. Iglesias S., Conde M., González S., Parada M.E. ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas* (2018), vol. 4, núm. 1: 77 – 97.
  30. Vedam S., Stoll K., Taiwo T.K., Rubashkin N., Cheyney., Strauss N., McLemore M., Cadena M., Nethery E., Rushton E., Schummers L., Declercq E. The giving voice to mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in de United States. *Journal biomed central: Reproductive health* (2019); 16(77): 1-18.
  31. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Violencia obstétrica: Un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable. [Internet]; [Consultado el 20 de julio de 2019] Disponible en: <https://us18.campaign-archive.com/?e=e52bacb293&u=fbf1db3cf76a76d43c634a0e7&id=5a73a608b8>
  32. Belli L.F. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, (2013) 1 (7): 25-34.
  33. Camacaro Cuevas M. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...improntas de la praxis obstétrica. *Rev. Venezolana de estudios de la mujer* (2009) 14(32): 147-162.
  34. Bohren M.A., Vogel J.P., Hunter E.C., Lutsiv O., Makh S.K., Souza J.P., Aguiar C., Coneglian F.S., Araújo Diniz A.L., Tunçalp Ö., Javadi D., Oladapo O.Y., Khosla R., Hindin M.J., Gülmezoglu A.M. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Med.* (2015) 12(6): 1-32.

35. Camacaro Cuevas M. La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. *Rev. Venezolana de estudios de la mujer* (2013) 18(40): 185-192.
36. Salgado F., Díaz M. Naturalización de la violencia obstétrica mediante el discurso médico y sus prácticas. *Rev. Venezolana de estudios de la mujer* (2017) 22(49): 153-176.