



**CÁTEDRA IGUALDAD DE  
GÉNERO Y DIVERSIDAD**  
CLARA CAMPOAMOR

9 de noviembre de 2023

HOJA DE ACTUALIDAD “CLARA CAMPOAMOR”

## “LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES DESDE EL ÁMBITO SANITARIO: LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA”

María Humanes García. Doctoranda en Ciencias de la Salud (UCLM). Facultad de  
Fisioterapia y Enfermería de Toledo. UCLM.  
Dra. M<sup>a</sup> Idoia Ugarte Gurrutxaga. PDI. Facultad de Fisioterapia y Enfermería de Toledo.  
UCLM.

### 1¿QUÉ ES LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA?

Según la Asamblea Parlamentaria del Consejo Europeo (2019)<sup>1</sup>, la violencia obstétrica se refiere a las prácticas y conductas realizadas por profesionales de la salud a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, en el ámbito público o privado, que por acción u omisión son violentas o pueden ser percibidas como violentas. Este tipo de violencia no es sólo una violación de los Derechos Humanos, sino que es una forma de violencia de género desde un enfoque de los derechos de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, entendidos como derechos inalienables e indivisibles de los Derechos Humanos.

La violencia obstétrica es una forma de violencia estructural e institucional que surge de la cultura patriarcal que afecta a diversas dimensiones, incluyendo la de las ciencias de la salud. Este tipo de violencia se enmarca en sistemas patriarcales y de poder jerárquicos en cuanto al género y la salud se refiere, encargándose de naturalizar prácticas y comportamientos dañinos que acaban siendo asumidos por toda la sociedad,

---

<sup>1</sup> Rodríguez J, Martínez A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2022 [citado 2 de octubre de 2023]; 35(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>

incluyendo tanto a profesionales de la salud como a las propias usuarias. De este modo, se establece un trato jerárquico deshumanizador que otorga la prioridad y el poder a profesionales de la salud por encima de las necesidades y preferencias de las pacientes. Varios estudios indican que la calidad asistencial puede estar asociada a la jerarquía social de la paciente, de modo que, cuanto mayor es la vulnerabilidad de la mujer, mayor podría ser el trato dañino. También se ha asociado la violencia obstétrica al Síndrome de Burnout entre profesionales del parto (conjunto de signos y síntomas que se caracteriza por el agotamiento físico, emocional y mental ocasionado por el estrés del trabajo y el estilo de vida de la persona trabajadora, muy presente entre profesionales de la salud), significando esto que la presencia de este síndrome podría generar una mayor tendencia a la deshumanización de las usuarias y del daño de la relación entre médico/a-paciente. Otra causa que se ha asociado también a este tipo de violencia es la falta de formación e información que provoca que profesionales de la salud no sepan identificar ni gestionar otras prácticas.

Todo esto junto al gran desconocimiento que existe actualmente sobre estas prácticas al haberse mantenido oculta durante mucho tiempo, ha generado un verdadero problema de Estado y de salud pública en diversos países del mundo, sin que España quede exenta de ello. Además, no sólo afecta a la salud física, sexual y psicológica de las mujeres, sino que también genera altos costos socioeconómicos que afectan a toda la sociedad.

## **2.TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.**

Un estudio de la Universidad del Cauca (Popayán, Colombia)<sup>2</sup>, clasificó los diferentes tipos de violencia obstétrica en categorías y subcategorías:

*Violencia Institucional:* se corresponde con aquellas políticas institucionales que limitan los derechos de las mujeres y no satisfacen las necesidades de las gestantes en el parto, generando una inconformidad con la atención recibida durante dicho proceso. Dentro de esta categoría se distinguirían prácticas como negar tratamientos, proveer deliberadamente información defectuosa o incompleta, esperar largos periodos de tiempo para ser atendida en las instalaciones sanitarias pudiendo generar daños físicos y psicológicos, tasas excesivas por los servicios o negación de medicamentos, entre otras.

*Violencia Psicológica:* consiste en aquellas acciones que omiten el derecho a la información y a la autonomía en la toma de decisiones de la gestante y su familia durante el proceso del parto, así como la violencia verbal y el impedimento de las gestantes para expresarse libremente con respecto a sus necesidades y preferencias. Estas praxis obligan a las mujeres a adoptar una actitud de sumisión y culpa, al poder haber recibido regaños, críticas y burlas por parte del personal sanitario. Así mismo, acciones tales como el mantenimiento de silencio ante preguntas de las gestantes, su infantilización, insultos y comentarios humillantes son consideradas formas de violencia verbal.

---

<sup>2</sup> Jojoa E, Cuchumbe YD, Ledesma JB, Muñoz MC, Paja AM, Suarez JP. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. Revista Salud Uis [Internet]. 2019 [citado 2 de octubre de 2023]; 51(2): 136-147. Disponible en: <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>

También es común observar como las mujeres gestantes no se sienten interlocutoras válidas al hacerlas creer que, por no hablar el lenguaje científico, sus testimonios son inferiores a la hora de tomar decisiones durante el proceso del parto. Los sentimientos de miedo y soledad al llegar al hospital y ser informadas de que no pueden ser acompañadas por sus parejas o familiares, también son muy frecuentes durante la atención al parto.

*Violencia Simbólica:* consiste en la naturalización de la violencia en los procesos de atención al embarazo y parto. Esto se traduce en actitudes de sumisión de las gestantes como medio de protección ante una atención violenta, tales como regaños o el aislamiento de la propia gestante. De la misma forma, la docilidad de las mujeres también es producto de la naturalización de las violencias que viven durante todo el proceso del parto, resultantes de experiencias anteriores, eventos que presenciaron durante su embarazo o por las vivencias de otras mujeres. Así, se genera una dominación de las decisiones de la gestante, obteniendo consentimiento por interiorización y/o naturalización de estas relaciones jerárquicas. Esta categoría de violencia en concreto dificulta la identificación de la violencia obstétrica, ya que, al ser tan frecuente, las gestantes consideran que es una parte inevitable del proceso. También es común ver como genera un sentimiento de culpa en aquellas mujeres víctimas violencia obstétrica.

*Violencia Sexual:* la OMS<sup>3</sup> define este tipo de violencia como todo acto sexual, intención de consumir el acto sexual, así como comentarios, insinuaciones no deseadas, acciones para comercializar o utilizar de cualquier modo la sexualidad de una persona a través de su coacción, independientemente de la relación que tenga con ella, en cualquier ámbito, pudiendo ser incluso el lugar de trabajo o el hogar. Este tipo de violencia durante el proceso del parto está muy poco documentado, aunque muchas gestantes manifiestan sentir miedo durante la atención médica. Las gestantes se ven obligadas a exponer su cuerpo y en especial, sus órganos genitales que, junto a la atención por personal sanitario masculino, genera una mayor sensación de vulnerabilidad. Cabe destacar, que en muchas ocasiones se les niega el poder tener acompañante durante este proceso, de modo que no existe la posibilidad de manifestar la existencia de actos abusivos si no hay testigos que lo confirmen.

### **3.CUESTIONAMIENTO DE PRÁCTICAS NATURALIZADAS DURANTE LA ATENCIÓN AL PARTO.**

Actualmente se están comenzando a cuestionar determinadas prácticas que hasta ahora estaban naturalizadas durante todo el proceso de atención al embarazo y parto, las cuales constituyen una vulneración del derecho a la intimidad por la intromisión no consentida de la privacidad al exhibir y/o revisar masivamente el cuerpo y los órganos genitales de las gestantes<sup>2</sup>. Un ejemplo de este tipo de prácticas son los tactos vaginales, los cuáles forman parte de una “Cadena de intervenciones” propias del parto y que buscan un parto rápido que ocupe el menor tiempo posible del personal sanitario, generando que, casi de manera sistemática, se incluyan una serie de intervenciones en

---

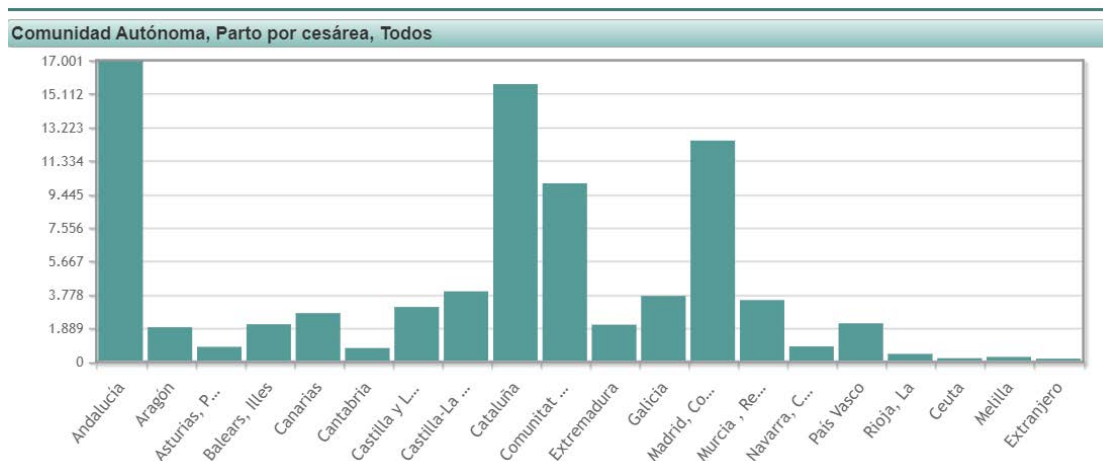
<sup>3</sup> OMS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. [Internet]. 2013 [citado 2 de octubre de 2023]. Disponible en:

[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98821/WHO\\_RHR\\_12.37\\_spa.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?sequence=1)

las que se acaba induciendo el parto si este no avanza solo y rápidamente, sin respetar los tiempos de las propias mujeres. Además, la realización de tactos vaginales repetidamente deja expuesta a las mujeres gestantes a adquirir infecciones por la introducción de bacterias desde la vagina al útero.

Otra de las prácticas que están siendo más cuestionadas por su sobreutilización y por su variabilidad en su ejercicio, en función de si son realizadas en hospitales públicos o privados, son las cesáreas<sup>4</sup>. Según la OMS<sup>5</sup>, la tasa ideal de cesárea sería de un 10%, ya que desde 1985 se estableció que debían oscilar entre un 10 y 15%, revelando que cuando la tasas se acercan al 10%, disminuye el número de defunciones maternas y de los recién nacidos. Esta práctica está indicada cuando el parto vaginal suponga un riesgo para la madre o el bebé (casos de trabajo de parto prolongado, posición anormal del bebé, sufrimiento fetal), sin embargo, la realidad es que, según los datos más recientes del Ministerio de Sanidad<sup>6</sup>, en el año 2016, la tasa de cesáreas en España era de un 25%. Los últimos datos de los que dispone el Instituto Nacional de Estadística<sup>7</sup>, del año 2021, muestran una gran variabilidad de número de cesáreas por comunidad autónoma (Figura 1):

Figura 1. Partos según residencia de la madre por Comunidad Autónoma y partos por cesárea.



Fuente: INE (2021)

Esta variabilidad en la práctica médica de las cesáreas también afecta a partos instrumentales (fórceps, ventosas o espátulas), a las episiotomías y a otras prácticas a

<sup>4</sup> Ruiz MT. Sesgos de género en la atención sanitaria. Nueva Salud Pública [Internet] [citado 2 de octubre de 2023]; 4. Disponible en:

[https://escueladesalud.castillalamancha.es/sites/escueladesalud.castillalamancha.es/files/easp\\_nsp\\_sesgos\\_genero\\_nueva\\_sp\\_vinculado.pdf](https://escueladesalud.castillalamancha.es/sites/escueladesalud.castillalamancha.es/files/easp_nsp_sesgos_genero_nueva_sp_vinculado.pdf)

<sup>5</sup> OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. [Internet]. 2015 [citado 2 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>

<sup>6</sup> Ministerio de Sanidad. Situación de Salud: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018. [Internet]. Madrid; 2020 [citado 2 de octubre de 2023]: 50-52. Disponible en:

[https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/Cap.2\\_SituacionSalud.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/Cap.2_SituacionSalud.pdf)

<sup>7</sup> INE. Partos según residencia de la madre por Comunidad Autónoma, tipo de parto y multiplicidad. [Internet]. 2021 [citado 2 de octubre de 2023]. Disponible en:

<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=54919#!tabs-grafico>

las que la mujer suele ser sometida durante el parto. Además, algunos estudios<sup>8</sup> muestran como en la sanidad privada es más frecuente esta intervención que en la pública, realizando más partos instrumentales, episiotomías e inducciones. Esto evidencia cómo una mujer puede acabar su parto de formas muy diferentes en función del hospital en el que sea atendida, llegando a duplicarse, o incluso triplicarse, las posibilidades de sufrir dichas intervenciones dependiendo de la comunidad autónoma en la que sea atendida.

Según Bremen de Mucio<sup>9</sup>, asesor regional en Salud Sexual y Reproductiva del CLAP de la OPS/OMS, *“la realización reiterada de cesáreas está exponiendo a más mujeres a nuevos problemas de salud, como la inserción anormal de la placenta, que en la segunda cesárea alcanza al 40% de los casos y a partir de la tercera supera el 60%, representando un riesgo de muerte materna por hemorragia”*. Además, las tasas elevadas de cesáreas no sólo constituyen un riesgo físico y mortal para las mujeres gestantes, sino que, suponen un mayor costo económico y consumen una mayor cantidad de recursos de otros servicios en los sistemas de salud, que ya de por sí se encuentran sobrecargados y frágiles.

El desconocimiento ante el riesgo de estas prácticas y la invisibilización que la violencia obstétrica todavía sufre hoy en día, se puede ver evidenciado en la ausencia de un sistema estandarizado internacionalmente aceptado para poder vigilar y comparar las tasas de cesáreas, obstaculizando así la comprensión de esta tendencia.

#### **4. CÓMO COMBATIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA DESDE EL ÁMBITO SANITARIO.**

Las acciones para garantizar una atención respetuosa del embarazo y el parto y que permitan la erradicación de la violencia obstétrica<sup>2</sup>, deben enmarcarse en la garantía de los Derechos Humanos de las mujeres, implicando de este modo a las autoridades sanitarias, educativas y gubernamentales, siendo estas las responsables de destinar los recursos suficientes para garantizar un cuidado humanizado, respetuoso y seguro a las mujeres gestantes y sus familias. Para ello, se pueden distinguir varias acciones necesarias:

El personal sanitario debe ofrecer una información completa y adecuada a las mujeres gestantes y sus familias, salvaguardando su derecho a decidir libremente y tener el control sobre su propio cuerpo, permitiendo que pase por el proceso del embarazo y el parto con autonomía y respetando su derecho a la intimidad. La educación y consulta de enfermería durante el control prenatal es fundamental para incrementar y mejorar el

---

<sup>8</sup> Recio A. La atención al parto en España: cifras para reflexionar sobre un problema. Dilemata [Internet]. 2015 [citado 2 de octubre de 2023]; 18: 13-26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106931>

<sup>9</sup> OPS. La cesárea sólo debería realizarse cuando es medicamente necesaria. [Internet]. 2015 [citado 2 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)

conocimiento de las futuras madres sobre el proceso del parto, permitiendo que desempeñe un rol más activo y autónomo durante toda la atención.

Cualquier intervención sanitaria siempre debe basarse en el respeto, la tolerancia y la empatía, teniendo en cuenta no sólo la dimensión física de los y las pacientes, sino la psicológica, la social y la espiritual.

Fomentar entre los equipos de salud y las familias una paternidad activa, es decir, favorecer aquellas acciones que involucren la participación del padre o de la pareja de la gestante desde la atención prenatal, permitiendo no sólo el acompañamiento de esta figura durante el trabajo del parto de una manera efectiva, sino favoreciendo su apoyo a la paciente, el vínculo con el recién nacido y con la paciente, y participando activamente en los procesos de crianza.

Realizar adecuados cambios en la infraestructura puede favorecer la creación de unos espacios más cómodos, cálidos e íntimos para la madre, donde la presencia de la pareja no interfiera en la atención a otras pacientes. Deben ser espacios donde se favorezca la recuperación de la autonomía de la mujer y permita respetar el propio ritmo de cada una durante todo el proceso de trabajo del parto. El incluir la presencia de maquinaria de bajo costo como hamacas, colchonetas, pelotas y reproductores de música, entre otros, no sólo permite la concepción del parto como un proceso individualizado y adecuado a las necesidades de cada mujer, sino que permite el acompañamiento del personal sanitario de una manera más cálida y personalizada.

El personal sanitario debe recibir una formación adecuada y actualizada, recayendo esta responsabilidad no sólo en las autoridades sanitarias, sino en los centros académicos y educativos y en el propio personal sanitario, de modo que, si creen no recibir la suficiente formación al respecto, sean capaces de buscarla y pedirla de manera activa. Una adecuada formación sobre las diferentes dimensiones de la violencia obstétrica puede permitir el diseño de mecanismos para su prevención, su sanción y su abolición, así como la construcción de un marco jurídico que penalice adecuadamente la violencia obstétrica y un marco legislativo que proteja a las mujeres de esta. Además, que el personal sanitario esté adecuadamente formado, permitirá su sensibilización y concienciación ante las diversas desigualdades que puedan darse dentro del ámbito sanitario, dotándole del conocimiento y las herramientas necesarias para saber actuar adecuadamente en este tipo de situaciones. El personal sanitario, y en concreto el personal de enfermería, debe liderar iniciativas y cambios sociales que permitan la mejora y la protección del bienestar de sus pacientes, ya que son quienes se encuentran en constante contacto con ellas.

Por todo ello, la violencia obstétrica continúa siendo un tema tabú entre pacientes y entre profesionales de la salud actualmente, es responsabilidad de todos y todas el ser conscientes de su existencia, prevenirla y abolirla, implicando esto no sólo una intervención desde el ámbito sanitario, sino una acción multisectorial que permita dirigirnos hacia una sociedad más respetuosa, igualitaria y justa.