

## Vulneración de los derechos sexuales y reproductivos durante la atención obstétrica

 Dra. Mireya González Blanco

Directora/Editora

A partir de 2007, cuando se promulgó la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (SOGV), ha mostrado su interés en visibilizar estos temas relacionados con la violencia contra la mujer y, desde entonces, ha organizado y estimulado la realización de jornadas de actualización del tema, a través de su sección de Salud Sexual y Reproductiva y ha incluido simposios en las actividades nacionales, como el taller especial sobre derechos sexuales y reproductivos realizado el 18 de mayo en el marco del XXXVI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología, que se celebró en la ciudad de Valencia.

Este tema de la violencia obstétrica genera enormes conflictos y eternas discusiones entre los especialistas en obstetricia y ginecología, quienes nos sentimos aludidos como responsables directos de un delito que, va mucho más allá del trato no acorde o violento de una persona hacia otra. Esto es claro cuando se observa un obstetra encantador, que trata con gran respeto y cariño a la mujer, pero le hace una episiotomía innecesaria, o le indica oxitócicos sin requerirlo y, más importante aún, sin explicar su indicación.

Correo de correspondencia: [mireyagonzalez@gmail.com](mailto:mireyagonzalez@gmail.com) / [rogvenezuela@gmail.com](mailto:rogvenezuela@gmail.com)

**Forma de citar este artículo:** González-Blanco M. Vulneración de los derechos sexuales y reproductivos durante la atención obstétrica. Rev Obstet Ginecol Venez. 2023; 83(4):374-378. DOI: 10.51288/00830403

En Venezuela, la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia está vigente desde su aprobación en la Gaceta Oficial N° 38 668, del 23 de abril de 2007 (1). Fue reformada mediante Gaceta Oficial N° 40 548, de fecha 25 de noviembre de 2014, para incluir el delito de femicidio y de inducción o ayuda al suicidio (2). En 2021, según la Gaceta Oficial No 6667 Extraordinario se publica la más reciente Ley Orgánica de Reforma a la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia (3), en la cual, en virtud de las modificaciones establecidas, el artículo 15 que definía los distintos tipos de violencia, es ahora el artículo 19.

En dicho artículo, entre las 21 formas de violencia contra la mujer, se define la violencia obstétrica, en el numeral 13, como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal 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 (3).

Llama la atención, y, aunque no es parte del tema que discutimos hoy, es de particular interés para la especialidad, la inclusión de una nueva forma de violencia, la violencia ginecológica, definida en el numeral 20 como la forma de violencia expresada en actos discriminatorios, degradantes y vejatorios de la dignidad de las mujeres practicados y tolerados

por el personal de la salud que atente contra su autonomía y sexualidad (3).

Al momento de su promulgación, la ley causó grandes expectativas y dudas entre los ginecoobstetras, en particular, el articulado referido a violencia obstétrica. Ante la desinformación entre el personal de salud y entre las usuarias, en Venezuela, se realizaron evaluaciones de la percepción del personal de salud (4) y desde la perspectiva de la paciente (4 - 6). En el contexto de estas investigaciones surgieron planteamientos y recomendaciones que, aunque inespecíficas, estaban dirigidas a reducir la práctica de conductas tipificadas como violentas por la mencionada ley.

Transcurridos más de 10 años desde la realización de esas investigaciones, valdría la pena evaluar si el haber detectado dichas prácticas y hacerlas evidentes, junto a recomendaciones para su reducción, ha rendido el resultado esperado, que no es otro más que la mejora en la atención obstétrica, considerando prioritario el respeto por la dignidad de la mujer y sus derechos.

Al respecto, un estudio de reevaluación ya finalizó, y encontró que, a pesar de que la información sobre el consentimiento informado y su uso han aumentado, la frecuencia de violencia obstétrica percibida por las usuarias se mantiene elevada. Destacan como datos, que tres cuartas partes de las 270 usuarias encuestadas, percibieron violencia, predominantemente la realización de procedimientos sin consentimiento. Esta situación, muchas veces involuntaria o por desconocimiento, puede resolverse, dedicando un poco de tiempo a explicar las distintas indicaciones y solicitar el consentimiento de la gestante (7). Con respecto a una evaluación realizada en 2012 (5), en la que se utilizó el mismo instrumento, se demostró una mínima disminución en la percepción de violencia, disminución de prácticas consideradas tratos deshumanizantes y de la realización de

procedimientos sin consentimiento informado y un aumento de la información sobre el consentimiento informado y de su uso.

En el mencionado taller de mayo 2023 se planteó la necesidad de realizar reevaluaciones periódicas, pero sobre la base de un instrumento que mida los mismos aspectos, con criterios uniformes, para poder establecer si las medidas que surgen al informar los resultados, han dado los resultados esperados.

Los actos constitutivos de violencia tipificados en el artículo 66 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (3), consisten en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, sin que exista ninguna indicación médica para ello, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego inmediato de la niña o niño con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarla o cargarlo y amamantarla o amamantarlo inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

6. Vulnerar los derechos reconocidos en el Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y Nacimiento Humanizado.

Este último punto agregado en la Ley de 2021, probablemente el hecho de que el Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y el Nacimiento Humanizado (8) se publicó en 2018, y no existía para 2007 cuando se publicó la Ley original, ni para el 2014, cuando se publicó la primera reforma.

En este orden de ideas, cuando una embarazada es víctima de violencia obstétrica, uno o varios de sus derechos humanos son vulnerados. Los derechos humanos que podrían verse comprometidos a partir de las conductas que constituirían violencia obstétrica son: el derecho a la salud, el derecho a la integridad personal, a no ser sometida a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, el derecho a la información, el derecho de las mujeres a vivir libres de violencia y el derecho a la vida privada (9).

Para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto en los centros de salud a nivel mundial, en 2014, la OMS estableció como necesarias las siguientes acciones (10): mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto, marco teórico-conceptual para la creación del Observatorio Nacional de la Violencia de Género; iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad; resaltar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto; generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso, y, finalmente, involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.

Veamos ahora, sobre la base de los 5 puntos establecidos por la OMS en 2014, cómo atendemos el problema.

En Venezuela, en 2018, se promulgó el Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y el Nacimiento Humanizado (11). Se entiende como parto humanizado el respeto a la dignidad y trato digno, justo e igualitario hacia las madres, los recién nacidos y las recién nacidas, padres y familiares, durante los procesos de gestación, trabajo de parto, parto vaginal o cesárea, nacimiento y posparto, dignificando su función social y enaltecendo la calidad y calidez de la atención en salud, así como de los ambientes físicos y condiciones materiales adecuadas para asistirlo. Cuando la gestación es considerada de alto riesgo obstétrico, o en su defecto ocurrieren eventos que pongan en peligro la vida y la salud de las madres, los recién nacidos o las recién nacidas durante el trabajo de parto, parto vaginal o cesárea, nacimiento y posparto, los criterios de uso racional de las tecnologías y medicalización deben realizarse en función del respeto de los derechos consagrados en este Decreto Constituyente, prevaleciendo la atención humanizada.

Aunque el concepto de parto humanizado se ha prestado a controversias, obedece a un proceso histórico mundial, como una respuesta frente al modelo convencional medicalizado que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias y los principios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (11).

Según la OMS, una experiencia de parto positiva es un desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto. Define una experiencia de parto positiva como aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé

sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y parto fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales mediante la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas (12).

Sobre la base de esta situación, la OMS, en 2018, después de todo un proceso de revisión y análisis de la evidencia disponible, publicó sus recomendaciones para una experiencia de parto positivo. Esta directriz actualizada, integral y consolidada sobre los cuidados esenciales durante el parto reúne las recomendaciones nuevas y existentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para garantizar la calidad de la atención basada en la evidencia, independientemente del entorno o del nivel de atención de salud (12).

Las consultas técnicas de la OMS resultaron en 56 recomendaciones para los cuidados durante el parto: 26 son recomendaciones nuevas y 30 son recomendaciones incorporadas a partir de las directrices existentes de la OMS (Anexo 1). Cada recomendación se expresa en una de las siguientes categorías: recomendado, no recomendado, recomendado solo en contextos específicos y recomendado solo en el contexto de investigaciones rigurosas (12).

La evaluación de la puesta en práctica de las recomendaciones de la OMS ha demostrado que las mujeres perciben la atención según los criterios de parto humanizado como inadecuada, ya que durante su estancia en el servicio no se les proporciona la orientación adecuada que englobe un adecuado trato humanizado respecto al manejo del dolor, la elección de su posición durante el trabajo de parto y

la posibilidad de que un acompañante este presente durante el proceso (13). También se describe que el grado de adherencia por parte de las instituciones y el personal de salud que participa durante el proceso de atención del trabajo de parto, parto y del recién nacido están alejadas a las recomendaciones propuestas por la OMS (14). Finalmente, algunos grupos perciben que tuvieron una atención médica eficiente al momento de recibir la atención por parte del personal médico, se les informó todo procedimiento a realizar, brindándoseles compañía y explicación debida a todo momento; en este grupo, la relación médico-paciente se afianza nuevamente debido a que las pacientes percibieron apoyo psicológico y emocional, puesto que se les brindó la ayuda requerida durante el parto. Sin embargo, algunas pacientes sienten indiferencia y desatención y describen que el aporte en el suministro de información médica procedimental por parte del médico hacia la paciente es deficiente (15).

Seminario y cols. (16) encontraron recientemente un grado de adherencia global considerado moderado por el 87 % de las pacientes encuestadas y la opinión estuvo directamente relacionada con la evolución de cada caso en particular. En general, los casos que presentaron complicaciones, o patologías neonatales, incluso muerte neonatal, fueron consideradas como con baja adherencia, pero los casos con evolución satisfactoria fueron mejor evaluados.

En el país, en los hospitales públicos y maternidades se hace difícil cumplir con las recomendaciones de la OMS debido a que la infraestructura no se adapta y la cantidad de pacientes, muchas veces no lo permite, pero es indudable que deben buscarse opciones para que la paciente y sus familiares se sientan a gusto y confiados, y que su experiencia de parto sea positiva. Se cuenta con los recursos jurídicos, y las recomendaciones de la OMS para enfrentar la situación. Solo queda hacerlo.

**Sin conflictos de interés.**

## REFERENCIAS

1. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [Internet]. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela 38 668 (23 de abril de 2007) [consultado 10 de julio de 2022]. Disponible en: <http://historico.tsj.gob.ve/gaceta/abril/230407/230407-38668-02.html>
2. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [Internet]. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela 40 548 (25 de noviembre de 2014) [consultado 10 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.tsj.gob.ve/gaceta-oficial>
3. Ley Orgánica de Reforma a la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [Internet]. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela 6667 (16 de diciembre de 2021) [consultado 10 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.tsj.gob.ve/gaceta-oficial>
4. Rodríguez S, Rodríguez D, Rodríguez G, Jiménez R. Violencia obstétrica: conducta del personal médico y percepción de las usuarias en las salas de parto. Estudio multicéntrico, estado Anzoátegui. Rev Obstet Ginecol Venez. 2020;80(4):280-291. DOI: 10.51288/00800405.
5. Terán P, Castellanos C, González M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2013 [consultado el 14 de mayo de 2022]; 73(3):171-180. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322013000300004](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004)
6. Pereira C, Domínguez A, Toro J. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2015 [consultado el 14 de mayo de 2022];75(2):81-90. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322015000200002](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002)
7. Benítez R, Valdiviezo R. Violencia obstétrica: cambios en la percepción de las usuarias [tesis]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2022.
8. Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y el Nacimiento Humanizado [Internet]. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela 41376 (12 de abril 2018) [consultado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.tsj.gob.ve/gaceta-oficial>
9. Tamés R, Ramos R, Luna K, Beltrán A, Escudero M, Fulda I, et al. Violencia obstétrica: un enfoque de derechos humanos [Internet]. Grupo de información en reproducción elegida; 2015 [consultado 16 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>
10. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Ginebra: Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud: Declaración de la OMS. 2014. [consultado 14 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/134590>
11. Almaguer JA, García HJ, Vargas V. Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. Gen Salud Cifras [Internet]. 2012 [consultado 21 de septiembre de 2022];10(2-3):44-59. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
12. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2018 [consultado 19 de septiembre de 2022] Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
13. García-Torres O, Felix-Ortega A, Álvarez-Villaseñor AS. Percepción de parto humanizado en pacientes en periodo de puerperio. Rev Méd Inst Mex Seguro Social. 2021; 58(3):258-264. DOI: 10.24875/RMIMSS.M20000029
14. Jiménez Hernández GE, Peña Jaramillo YM. Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. Medellín, Colombia. Rev Univ Ind Santander Salud. 2018; 50(4): 320-327. DOI: 10.18273/revsala.v50n4-2018005
15. Herrera J, Buyes K, Morales A, Rivas M, Díaz L. Percepción de las usuarias sobre la atención médica en el momento del parto en un hospital del estado Carabobo: una perspectiva fenomenológica hermenéutica. Rev Salud UC [Internet]. 2019 =consultado 22 de septiembre de 2022]; 23(1):23-30. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol23n1/art05.pdf>
16. Seminario KC, García AE, Díaz LO, González-Blanco M. Parto humanizado: adherencia del personal de salud a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud según la opinión de las pacientes. Rev Obstet Ginecol Venez. 83(3):243-260. DOI: 10.51288/00830304