

*Introducción*³⁴

En las últimas décadas se ha instaurado una preocupación, a nivel mundial, relacionada con el maltrato, la falta de respeto o la violencia que las instituciones sanitarias ejercen sobre las mujeres en el momento del parto hasta el punto que la Organización Mundial de la Salud en 2015 anunciaba en su documento “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”:

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el *derecho a una atención digna y respetuosa* en el embarazo y en el parto, y el *derecho a no sufrir violencia ni discriminación*. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una *violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres*, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos.

En España, fue en 2006, cuando se hizo visible un movimiento de demanda de cambios en la atención sanitaria al parto; el Informe del Defensor del Pueblo se hizo eco de la petición de un significativo número de personas que solicitaban mejoras en los modelos de atención al proceso del parto. En el informe anual, el Defensor del Pueblo aconsejó la implementación de un protocolo para la atención de partos naturales no medicalizados, al que se pudiesen acoger las mujeres/parejas que lo desearan. En esta misma línea de trabajo el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) trató la atención al nacimiento en el II Foro de Mujeres, Salud y Género, y en el tercero, abordó los indicadores sanitarios referentes al embarazo, parto y puerperio.

Sin embargo aunque la preocupación es ampliamente compartida por diferentes instituciones, investigadores y académicos no existe unanimidad sobre la terminología adecuada para dar nombre a esta situación de falta de atención sanitaria adecuada, satisfactoria y acorde con el respeto a la dignidad de las mujeres durante el proceso del parto.

Debate sobre la terminología y aproximación al concepto

El lenguaje por medio de símbolos y significados llega a transformar la conciencia humana ocasionando nuevas formas de pensamiento y consecuentemente cambios en el imaginario social; por ello consideramos importante profundizar en el significado de los diferentes términos usados para definir esta situación, a la vez que profundizamos en una aproximación al concepto.

Bohren et al en una revisión de 2015 afirman que *Mistreatment* es un término más inclusivo que “obstetric violence” “dehumanized care” and “disrespect and abuse” puesto que engloba de mejor forma las experiencias de las mujeres y de los profesionales de la salud; tanto aquellas experiencias activas (por ejemplo si existe abuso de forma intencionada) como aquellas que se producen de forma pasiva (cuando por ejemplo se produce alguna negligencia en la atención, a veces debida a déficits estructurales), las relacionadas con los comportamientos individuales (abusos verbales) o las relacionadas con las condiciones de las instalaciones sanitarias (falta de camas, falta de condiciones de privacidad...).

³⁴ Este capítulo se inscribe en el Proyecto de investigación PGC2018-094463-B-100, financiado por el Ministerio español de Ciencia, Innovación y Universidades. Una versión preliminar de este trabajo fue publicada, por la misma autora en la revista MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad: <https://www.raco.cat/index.php/MUSAS/article/view/359978> [Consulta: 27-10-2020]

La Organización Mundial de la Salud (2014) usa también el término “mistreatment” y recomiendan desarrollar instrumentos para medirlo y evaluarlo; sin embargo Jewkes y Penn_Kekana (2015) afirman que las definiciones que los autores realizan de estos conceptos pueden ser demasiado amplias para la operacionalización y aconsejan el desarrollo de una tipología del maltrato que se beneficiaría de un enfoque más específico sobre el uso intencional de la violencia y las deficiencias estructurales que equivalen a violencia.

Por su parte Lukasse et al (2015) usan el término “abuse” y entienden que el concepto engloba “negligencias, abuso verbal, físico y en ocasiones incluso sexual”. Para el uso de este término se basan en la definición de Bruggemann AJ et al (2012) quienes definen el “Abuso en atención sanitaria” como:

Experiencia subjetiva de los pacientes en sus encuentros con el sistema de salud, caracterizado por situaciones desprovistas de cuidado, en las que los pacientes sufren y sienten que pierden su valor como seres humanos.

Estos autores entienden la experiencia de abuso, como un componente subjetivo relacionado con las expectativas previas de los pacientes; estos autores entienden que las mujeres durante el proceso del parto ocupan el rol de pacientes en el sistema sanitario aunque reconocen que las mujeres durante el parto pueden ser más vulnerables a padecer esta percepción de abuso o de maltrato debido a las altas expectativas previas. Afirman que las mujeres pueden padecer síntomas de estrés post-traumático tras estas experiencias negativas manifestando problemas de trastornos del sueño, estrés y pobre percepción de su estado de salud.

Es en el contexto de Latinoamérica y el Caribe donde surgen los términos de “violencia obstétrica” “cuidados deshumanizados” o “discriminación”, equiparándose la violencia obstétrica a otros tipos de violencia hacia las mujeres. Los estudios suelen focalizarse hacia prácticas clínicas inadecuadas y tendentes a contemplar embarazo y parto como situaciones patológicas en que las instituciones sanitarias toman el poder adoptando una actitud paternalista e incluso patriarcal frente a las mujeres gestantes. Se incluyen como prácticas de violencia obstétrica: cesáreas o episiotomías innecesarias o esterilizaciones no consentidas.

Algunas de las investigaciones relacionadas con el término “violencia obstétrica” se refieren explícitamente a la violencia estructural e institucional del sistema sanitario que refleja las relaciones de poder y la falta de equidad vinculada a cuestiones de género presentes en los servicios y programas de salud reproductiva (Castro, 2019; Goer, 2010). La consideración de la violencia obstétrica como violencia de género ha permitido tipificarla en los ordenamientos jurídicos de estos países. Así en Venezuela por la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, Gaceta Oficial, n.º 38668 (23 de abril, 2007), reformada en 2014, (Art. 15, párr. 13), define la violencia obstétrica de la siguiente forma:

Violencia obstétrica: Es 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.

Posteriormente algunos estados de Méjico en 2008 y Argentina en 2009 (Belli, 2013) integraron también en su marco legal dicha definición; así en el caso de Argentina la ley de Protección Integral para prevenir, erradicar y sancionar la violencia contra las mujeres la define como:

Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.

Chile y Costa Rica han introducido también relevante literatura con el uso de este término aunque todavía no han legislado en este sentido. Brasil y Argentina han pedido en su legislación “La humanización del nacimiento”

Savage y Castro en un estudio de 2017 reconocen que algunos autores usan los diferentes términos enumerados de forma indistinta, pero un análisis más pormenorizado del uso de dichos conceptos reconoce el uso del término violencia obstétrica en latinoamérica suelen usarse para referirse a discriminación hacia ciertos colectivos de mujeres, especialmente indígenas o afrodescendientes, y a la excesiva medicalización de los procesos fisiológicos enfatizando el elevado número de cesáreas o episiotomías no justificadas, poniendo también énfasis en las relaciones asimétricas de poder que se establecen entre usuarias y profesionales (especialmente con profesionales de la medicina). En este sentido también Sadler et al., (2016) enfatizan en que aunque los términos “disrespect, abuse y mistreatment” durante el parto son usados como sinónimos por muchos investigadores, para Sadler “violencia obstétrica” se muestra como más adecuado. Sadler establece una clara vinculación de la violencia obstétrica con la violencia de género. La definición de violencia obstétrica, además de reconocer el tratamiento deshumanizado, destaca fundamentalmente su dimensión exclusivamente obstétrica, diferenciada de las situaciones de falta de respeto en otros ámbitos sanitarios y busca sus orígenes en el largo periodo histórico desarrollado desde la expropiación del saber femenino por la práctica médica en el siglo XVII hasta el nacimiento de la especialidad médica de la obstétrica en el siglo XIX (Goberna, 2016). Silvia Federici (2010) usando y tensionando los constructos teóricos ofrecidos por Foucault, describe como durante la transición del feudalismo al capitalismo, las mujeres fueron desterradas de sus propios cuerpos de forma paulatina, fundamentalmente en lo que a la sexualidad y la reproducción se refiere. Belli, (2013) sitúa la experiencia de la maternidad en el espacio de dominio de la biopolítica afirmando que “La negación del beneficio de prácticas y saberes tradicionales relativos al parto coloca a los profesionales de la salud como los únicos autorizados a intervenir en el cuerpo de las mujeres”. A su vez Sadler visibiliza el componente estructural de la violencia obstétrica y la distingue de otras formas de violencia que tenga lugar en el ámbito hospitalario situándola como una cuestión feminista, un caso de violencia de género; puesto que las mujeres aunque estén de parto siguen siendo personas sanas y embarazo y parto no constituyen enfermedades sino que deberían conceptualizarse como eventos sexuales, Así la violencia obstétrica, según estos autores puede ser interpretada como una violación.

Una de las razones por las cuales el término violencia obstétrica no está más extendida es que los profesionales de la salud se resisten al uso del concepto de violencia, que es contrario a su ethos. Como Diniz & Oliveira (1998) explican, ello hizo que la Red para la Humanización del Parto y Nacimiento en Brasil decidiera no hablar abiertamente sobre violencia durante los años noventa del siglo XX, favoreciendo términos como "Humanizar el parto". No obstante, los mismos organizadores que acuñaron el término “humanización del parto” reconocen que los significativos cambios sociales que han ocurrido desde entonces han llevado a que el debate surgido con el uso de estos términos de “Humanización del Nacimiento” comenzara a ser conceptualizado como una cuestión de violencia de género y de derechos humanos.

Las estructuras de poder incrustadas y reproducidas en biomedicina construyen un currículum oculto en la formación de los profesionales de la salud que favorece su socialización en la aceptación de normas, disciplina corporativa y castigo mientras que los aspectos emocionales y las dimensiones de la atención se descuidan (Goberna & Boladeras, 2018). Las condiciones de trabajo de muchos profesionales de la salud también deben visibilizarse como formas de falta de

respeto y abuso. El uso del concepto violencia obstétrica contribuye a la visibilización de esta violencia institucional y evitan "culpar a los trabajadores de la salud como un grupo, cuando se trata del resultado de una situación estructural de la cual los profesionales son también víctimas", (Jewkes y Penn-Kekana (2015). La evidencia científica muestra que el personal de salud expuesto a la violencia que se ejerce en los paritorios puede sufrir estrés traumático o fatiga por compasión, entendida como una exposición traumática secundaria a factores estresantes en el seno de su propia organización, similares a los experimentados por las propias mujeres gestantes. (Olza, 2014).

En este sentido el uso del término violencia obstétrica no debería ser conceptualizado como un ataque a los profesionales sanitarios, sino como una forma de evidenciar las condiciones de violencia y estrés a las que los propios profesionales sanitarios se ven expuestos durante su formación y a lo largo de su experiencia profesional.

Recientemente tanto la Asamblea General de Naciones Unidas (2019), como la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (2019), han publicado informes donde de forma explícita se reconoce la existencia de violencia obstétrica contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y en los que se analizan las causas y problemas estructurales que deben afrontarse para eliminar estas formas de maltrato.

Podríamos concluir con que la inclusión y normalización en nuestro vocabulario del término y el reconocimiento de la violencia obstétrica como una forma de violencia de género permite poner hilo a la aguja para evidenciar las distintas formas de falta de respeto y de situaciones violentas hacia las mujeres y por tanto iniciar un camino hacia su resolución. Sin embargo y a pesar de todo lo mencionado, la actual pandemia de Covid ha puesto de manifiesto que los derechos de las mujeres en la atención a la salud reproductiva siguen dejándose de lado. Como saben, a finales de 2019 apareció la amenaza del Coronavirus creándose una nueva situación que ha producido profundos cambios en todo aquello relacionado con la atención a la salud y que mantiene el planeta en estado de alarma. En estos momentos, en nuestro entorno, el sistema sanitario se ha tenido que adaptar de forma urgente, a la atención de embarazos y partos en el seno de un medio sanitario colapsado por la atención a los enfermos de COVID que ha desplazado a otras patologías que, momentáneamente, han dejado de atenderse si no presentaban gravedad; las intervenciones quirúrgicas no urgentes se han suspendido, las consultas externas no imprescindibles se han anulado, pero lógicamente los partos se han seguido atendiendo; conllevando una adaptación de los paritorios para la atención tanto a partos de mujeres infectadas por COVID como para la atención a aquellas no afectadas

En estas circunstancias, no todos los países han resultado igualmente afectados, ni tampoco todos han respondido de la misma forma en lo referente a la atención a las mujeres durante el parto. Algunos países han desarrollado estrategias distintas, para dar atención a embarazo y nacimiento; así en países en que no es excepcional la atención del parto en el domicilio, esta ha incrementado la demanda, así mismo en algunos entornos se han adaptado hoteles para la atención al parto normal.

En España y concretamente en Cataluña, se ha producido una recentralización de la atención al parto, así algunos hospitales han cerrado sus paritorios y las matronas que prestaban allí sus Servicios, al poseer el título de enfermeras, como previo al de matronas, han sido destinadas a plantas dedicadas a la atención de pacientes con COVID, mientras otros centros hospitalarios han concentrado un número mayor de partos en salas, más o menos, aisladas del resto del hospital dedicado a la atención de la pandemia.

El parto en el domicilio en España en general y en Cataluña en particular es algo excepcional, no financiado desde el sistema público de salud, y aunque su demanda ha aumentado muy ligeramente en los últimos meses, la atención a los partos sigue desarrollándose mayoritariamente en el interior de centros hospitalarios en los que se da atención a todo tipo de enfermos y que se encuentran, aún a día de hoy, fundamentalmente orientados a la atención a los enfermos de COVID.

La *International Confederación of Midwives* publicó el 4 de mayo de 2020 un documento en que pretende llamar la atención a las autoridades sanitarias mundiales acerca de la falta de atención a los derechos de las mujeres en cuestiones relacionadas con atención al nacimiento, así como al olvido que ante esta situación de estrés sanitario se ha dejado a matronas y otros profesionales sanitarios que atienden los nacimientos.

La presencia de Covid19 constituye un factor fundamental de vulnerabilidad que atraviesa y da un nuevo sentido a la cuestión de la violencia obstétrica. En estos momentos debemos preguntarnos ¿Podemos seguir atendiendo el proceso normal de embarazo y parto en los entornos sanitarios convencionales? ¿Debemos seguir institucionalizando la atención al parto en el interior de hospitales generales en que las mujeres deben dar a luz con la mascarilla puesta? ¿Siguen siendo entornos seguros para la atención al nacimiento?

A modo de conclusión

El concepto “violencia obstétrica” entendido como cuestión política de relaciones de poder que pretenden la obediencia y sumisión de los cuerpos femeninos nos permite dar cuenta de que la experiencia de la maternidad conforma uno de los espacios de dominio de la biopolítica que coloca a los profesionales de la salud como los únicos autorizados a intervenir en el cuerpo de las mujeres desplazando a las mujeres del rol protagonista en su propio embarazo y parto.

Nombrar en voz alta la violencia obstétrica ha permitido colocar el problema del maltrato y la falta de respeto en atención al parto en las agendas de política pública y feminista, evitando centrar el debate única y exclusivamente en negligencias individuales que tienen el potencial de generar hostilidad improductiva en el debate de falta de respeto y abuso en el parto, especialmente entre los profesionales de la salud.

Para que los profesionales de la salud acepten el uso del término violencia obstétrica es importante que reconozcan que la biomedicina y las prácticas médicas y sanitarias se desarrollan en un medio social y en un sistema cultural en el que se ha ido construyendo un entramado histórico complejo con un conjunto coherente de creencias internas, reglas y prácticas, que responden y reproducen las ideologías de género en las profesiones de la salud.

La actual pandemia de COVID ha generado un fuerte estrés en el sistema sanitario y en nuestro entorno la atención a las mujeres durante el parto se ha visto como algo secundario y se le ha prestado poca atención. En algún momento se impidió a las parejas entrar a los paritorios, por lo que en los días más duros de la pandemia algunas mujeres tuvieron que dar a luz solas en un entorno hospitalario hostil y amenazador

La Pandemia de COVID pone en cuestión si los hospitales siguen siendo un entorno seguro para dar a luz y por tanto el debate sobre la violencia obstétrica no puede separarse del de la seguridad de los hospitales como lugares para dar a luz

Es necesario un análisis más amplio, centrado en las dimensiones culturales y sociales en que se incrusta el fenómeno de la violencia obstétrica y debemos estar atentas para que la actual situación sanitaria mundial no deje los derechos de las mujeres de lado, ante la situación de estrés en la que se encuentran los sistemas sanitarios en el momento actual.

Bibliografía

- ASAMBLEA GENERAL. CONSEJO DE EUROPA. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. 11 DE JULIO DE 2019.
- BELLI, L. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. En: Revista Redbioética/UNESCO. 2013, vol. 1, núm. 7, pp. 25-34.
- BOHREN, M. A., et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. In: PLoSMed. 2015, vol. 12, núm. 6, pp. 32.

- BRÜGGEMANN, A. J.; WIJMA, B.; SWAHNBERG, K. Abuse in health care: a concept analysis. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2012, vol. 26, pp. 123-132.
- CASTRO, A. Witnessing Obstetric Violence during Fieldwork: Notes from Latin America. In: Health and Human Rights Journal. 2019. Disponible en: www.hhrjournal.org/2019/06/witnessing-obstetric-violence-during-fieldwork-notes-from-latin-america/.
- COUNCIL OF EUROPA. PARLIAMENTARY ASSEMBLY. Obstetrical and gynaecological violence. Test adopted by the Assembly on 3 October 2019. Disponibili in: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236&lang=en>
- DEFENSOR DEL PUEBLO DE ESPAÑA. Informe anual 2006. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo, 2007.
- DINIZ, S. G.; D'OLIVEIRA, A. F. Gender violence and reproductive health. In: International Journal of Gynecology & Obstetrics. 1998, vol. 63 Suppl. 1, pp. 33-42.
- FEDERICI, S. Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid: Traficantes de Sueños, 2010.
- GOBERNA TRICAS, J. El nacimiento de la burguesía y la pérdida de poder de las matronas. En: Boladeras Cucurella, Margarita; Goberna Tricas, Josefina (eds.). Bioética de la maternidad. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2016, pp. 41-53.
- GOBERNA TRICAS, J.; BOLADERAS, M. Análisis del concepto de violencia obstétrica desde las perspectivas legal, médica, filosófica, sociopolítica y pedagógica. In: Goberna-Tricas, J.; Boladeras, M. (eds.). El concepto violencia obstétrica y el debate actual en atención al nacimiento. Madrid: Tecnos, 2018, pp. 39-68.
- GOBIERNO DE VENEZUELA. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de Venezuela. Artículo 15, párrafo 13. Venezuela: 2017. Disponible en: www.bdigital.unal.edu.co/48830/1/leyorganicasobreelderecho.pdf.
- GOER, H. Cruelty in maternity wards: Fifty years later. In: Journal of Perinatal Education. 2010, vol. 19, núm. 3, pp. 33-42.
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. Protecting Midwives to Sustain Care for Women, Newborns + their Families in the COVID-19 Pandemic, 2020. Disponible en : <https://www.internationalmidwives.org/icm-news/joint-call-to-action-protecting-midwives-to-sustain-care-for-women,-newborns-their-families-in-the-covid-19-pandemic.html>
- JEWKES, R; PENN-KEKANA, L. Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. In: PLoS Med. 2015, vol. 12, núm. 6.
- LUKASSE M., et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. In: Acta Obstet Gynecol Scand. 2015, vol. 94, pp. 508-517.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL. Guía de Práctica clínica sobre la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Spain, 2010.
- OBSERVATORIO DE SALUD DE LA MUJER Y DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Estrategia de Atención al Parto Normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- OLZA FERNÁNDEZ, I. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. En: Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 2014, vol. 111, pp. 79-83
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth. Geneve: WHO, 2014. Available in: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
- SADLER, M., et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. In: Reproductive Health Matters. 2016, vol. 24, núm. 47, pp. 47-55.

SAVAGE, V.; CASTRO, A. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. In: *Reprod Health*. 2017, vol. 14, núm. 1, p. 138.

