

## EDITORIAL

1. Presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG). Ex Presidente SPOG, Ex Presidente de la Sociedad Peruana de Fertilidad, Miembro de Número de la Academia Peruana de Cirugía. Editor Científico de la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Miembro Honorario de 6 Sociedades de Obstetricia y Ginecología de América Latina. Maestro Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia. Ex Director Ejecutivo de FLASOG. Fellow American College of Obstetricians and Gynecologists. Ex Vice Ministro de Salud. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2603-3607>

**Conflicto de interés:** El autor no tiene conflictos de interés que declarar

**Financiamiento:** Ninguno

**Recibido:** 24 diciembre 2022

**Aceptado:** 26 diciembre 2022

**Publicación en línea:** 14 de Enero 2023

**Correspondencia:**

Dr. Luis Távara Orozco

✉ [luis.tavara@gmail.com](mailto:luis.tavara@gmail.com)

**Citar como:** Távara L. Violencia contra la mujer en el entorno de la atención obstétrica. Editorial. Rev peru ginecol obstet. 2022;68(4). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v68i2469>

# Violencia contra la mujer en el entorno de la atención obstétrica

## Violence against women in the obstetric care setting

Luis Távara Orozco<sup>1</sup>

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v68i2469>

La violencia contra la mujer históricamente ha ocurrido en todos los tiempos y en todas las sociedades y ha sido el resultado del desbalance de poder existente entre hombres y mujeres en desmedro de estas últimas.

Según la Convención de Belem do Pará, la violencia contra las mujeres debe entenderse como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado<sup>(1)</sup>. Según esta definición la violencia puede ser física, psicológica, sexual y económica; aunque en los últimos años se está hablando de una 'violencia obstétrica', que preferimos llamar conforme el título de este Editorial.

El gremio médico no ha sido indiferente a esta problemática social que afecta a las mujeres peruanas. Así, el Colegio Médico del Perú (CMP) en 1999 creó la Comisión de Alto Nivel de Salud Reproductiva, dentro de la cual uno de los ejes de trabajo es la protección de las mujeres de la violencia de género. La Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG), en el año 2002 suscribió la 'Declaración de Santa Cruz', uno de cuyos puntos es defender el derecho de las mujeres a ejercer su sexualidad sin violencia; y en ese mismo año la SPOG creó el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. En el año 2003 la SPOG junto con la Federación Latinoamericana de sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) llevó adelante un Taller Nacional sobre Violencia de Género, con asistencia de profesionales de otros países de América Latina<sup>(2)</sup>. Desde entonces, la SPOG y el CMP han desarrollado entre los médicos y otros profesionales, eventos para difundir el derecho de las mujeres a su salud sexual y reproductiva y protegerlas de la violencia de género.

La diferente nomenclatura que nos permitimos proponer ha sido motivada por la lectura del documento sobre 'Violencia Obstétrica en el Perú' publicado por la Defensoría del Pueblo (Ddelp) en el año 2020<sup>(3)</sup> y del reciente Proyecto de Ley del Congreso de la República 3564/2022-CR que tiene como objetivo incorporar el inciso 121-C en el Código Penal, sancionando el delito de violencia obstétrica.

En el Perú, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) ha definido la 'violencia obstétrica' como una manifestación de violencia contra las mujeres, y que "Comprende todos los actos de violencia por parte del personal de salud con relación a los procesos reproductivos y que se expresa en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres"<sup>(4)</sup>.

La OMS ha declarado que 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. También reconoce que muchas mujeres sufren o han sufrido violencia en los establecimientos de salud durante el parto, la cual se expresa, entre otras, a través de las siguientes manifestaciones: trato irrespetuoso, ofensivo o humillante, maltrato físico o verbal, procedimientos médicos sin consentimiento informado, consentimiento incompleto u obtenido de manera coercitiva, esterilización sin su consentimiento, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto, retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago<sup>(5)</sup>.

Sin embargo, la misma publicación de la Ddelp<sup>(3)</sup> a la que nos referimos anteriormente nos dice que los instrumentos internacionales del sistema universal e interamericano de protección de derechos humanos no han reconocido de manera explícita la violencia obstétrica. Que solo Argentina, Surinam y Venezuela, así como algunos estados de México, informaron qué tipifican la violencia obstétrica. Igualmente, el Ministerio de Salud (MINS) peruano no identifica la violencia obstétrica<sup>(4)</sup>. Tampoco existe información sobre la frecuencia de esta. Solo en una encuesta publicada por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) en México, el 33,4 % de 8.7 millones de mujeres encuestadas que tuvieron un parto entre el 2011 y el 2016 comunicó expresiones o manifestaciones de maltrato por parte de quienes las atendieron en su parto<sup>(6)</sup>.

En el documento de la Ddelp<sup>(3)</sup> se advierte que se ha consultado con 11 informantes clave acerca de las siguientes expresiones de violencia obstétrica: tacto vaginal sin consentimiento, tacto vaginal sin justificación razonable, sin fisiotomía, medicalización excesiva durante el parto, obtención inadecuada del consentimiento informado, uso excesivo del parto por cesárea, uso innecesario o sin el consentimiento de la mujer de la episiotomía, uso excesivo de la oxitocina sintética, uso de la maniobra de Kristeller, presencia de terceros ajenos al parto sin el consentimiento de la madre, sutura excesiva por motivos ajenos a la salud de la paciente, imposibilidad de elegir la posición de parto, reproducción de expresiones humillantes y sexistas durante la atención del parto, realización de enemas para inducir el parto, rasurado púbico o perineal antes del parto.

Igualmente, la OMS<sup>(5)</sup> ha establecido que, para la atención adecuada del parto en los establecimientos de salud, es necesario adoptar las siguientes acciones:

- Realizar investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.
- Diseñar y fortalecer programas para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, enfocándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.
- Enfatizar en el personal de salud la necesidad de respetar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa durante 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.
- Involucrar a las mujeres y otros actores claves en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos<sup>(7)</sup> dice que la violencia obstétrica puede producirse en la etapa previa del embarazo, durante el embarazo, durante el parto y el posparto que les causa a las mujeres un daño físico, psicológico y/o moral; las manifestaciones de este daño son:

- Trato deshumanizado: dejar a mujeres en trabajo de parto esperando mucho tiempo, inmovilización del cuerpo, partos sin anestesia
- Abuso de medicación y patologización de los procesos fisiológicos, prácticas invasivas
- Maltrato psicológico: burlas, humillaciones, omisión de información, infantilización
- Procedimientos no urgentes realizados sin el consentimiento de las mujeres: esterilizaciones, suturas excesivas.

Conforme venimos desarrollando las definiciones y las expresiones de la llamada 'violencia obstétrica', el origen de estas es atribuida a los trabajadores de salud; pero, sin desconocer que



existe algo de aquello, el problema merece un análisis holístico y sistémico, puesto que la atención del embarazo, parto y puerperio está vinculada a una participación del estado, la comunidad, la familia, los trabajadores de la salud y la propia mujer.

En la participación del Estado podemos advertir problemas estructurales: deficiente interacción del sistema de salud, falta y deficiente infraestructura y equipamiento, deficiencias en medicamentos, transporte deficiente, malas condiciones de trabajo de muchos profesionales de la salud, exceso de hombres en la atención ginecológica y obstétrica, insuficiente presupuesto para la atención de la salud sexual y reproductiva, falta de capacitación de los trabajadores sanitarios en materia de ética médica y derechos humanos de los pacientes, insuficiencia de personal de salud y el gran número de pacientes, bajos salarios, largas jornadas de trabajo y falta de apoyo y supervisión de los profesionales sanitarios en el cumplimiento de la normatividad vigente<sup>(8,9)</sup>.

La participación de la comunidad deberá basarse en una educación sexual integral desde los años de educación básica, la formación de profesionales de la salud con enfoque de derechos, bases éticas y bioéticas y con enfoque de género e interculturalidad tanto en el pregrado como en el posgrado, superar estereotipos basados en convicciones religiosas, sociales y culturales sobre la sexualidad, el embarazo y la maternidad de las mujeres (un ejemplo de ello es creer que el parto es un acontecimiento que exige el sufrimiento de la mujer)<sup>(8)</sup>. Las universidades deberían además fomentar las investigaciones en salud sexual y reproductiva, con especial énfasis en el tema de la violencia de género.

La participación de la familia debe darse en el apoyo que requiere la mujer gestante, en el acompañamiento durante el embarazo, parto y posparto.

Los trabajadores de la salud deberán participar en una atención respetuosa de los derechos de la mujer, enfoque de género e interculturalidad, con información veraz, cumplimiento de normatividad vigente, respetar escrupulosamente el derecho al consentimiento informado que es nada más que el respeto por la libertad de decidir y producir investigaciones sobre el tema.

Respecto a las expresiones de 'violencia obstétrica' mencionadas en las diferentes publicaciones, quisiéramos comentar brevemente lo siguiente:

No es fácil calificar la humanización del parto, puesto que de por medio existen concepciones de carácter subjetivo. Así mismo, no es fácil definir qué entendemos por sobremedicalización, procedimientos médicos o quirúrgicos inadecuados. Podemos entender lo que se refiere al exceso de operación cesárea, pero también debemos entender que la más reciente tecnología revela evidencias que no son detectadas clínicamente y que obligan a una intervención y por otro lado hoy en día muchas mujeres embarazadas solicitan libremente que se termine el embarazo vía cesárea. El exceso de patologización también es difícil definirse puesto que, si bien el parto generalmente es un proceso biológico normal, también es cierto que en la atención obstétrica lo que empieza como normal se puede transformar súbitamente en una emergencia que es necesario resolver.

La necesidad del tacto vaginal en una gestante y su frecuencia está normado a nivel nacional en las Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva del Minsa, de obligatorio cumplimiento para los servicios de atención públicos y privados<sup>(10)</sup>. La sinfisiotomía no se usa en el Perú. La maniobra de Kristeler está proscrita en nuestra normatividad. El consentimiento informado está perfectamente establecido en la Ley General de Salud, en las Guías Nacionales y en el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú<sup>(10-12)</sup>. La necesidad de una episiotomía se determina en el momento del expulsivo del parto y, obviamente, será informada a la parturienta, porque de lo contrario pudiera ocurrir un desgarro perineal; esta intervención está bien normada en las Guías Nacionales. La normatividad vigente establece el acompañamiento de la parturienta por la persona que ella libremente elija; sin embargo, en la gran mayoría de establecimientos es difícil darle cumplimiento por razones de infraestructura. La posición escogida por la mujer para el parto está claramente establecida en la normatividad del MINSA, así como la no utilización del enema evacuante ni del rasurado puboperineal antes del parto.

Con este último comentario queremos decir que la atención obstétrica ha venido siendo norma-



tizada correctamente en los diferentes niveles del Estado y que lo que realmente requiere es de una supervisión y monitoreo permanente. Las quejas de una presunta expresión de violencia contra la mujer pueden ser canalizadas a través de los propios establecimientos de salud, a través de INDECOPI, de SUSALUD, del Colegio Médico y del propio Poder Judicial. Y por ello no será necesario disponer de una legislación penal específica, porque se corre el riesgo del punitivismo, que se refiere al discurso estatal que justifica la intervención del derecho penal para solucionar cualquier problema social mediante la aplicación de un castigo irracional y desproporcionado. El 'populismo punitivo' no ayuda a reducir la impunidad; por el contrario, puede generar procesos de revictimización. Por esta razón, es importante insistir en que el establecimiento de sanciones penales o el endurecimiento de las penas sea la última opción para abordar problemas sociales estructurales como los que se encuentran en la raíz de las situaciones de violencia obstétrica. El populismo punitivo, es "un fenómeno de histeria social, que puede traer como consecuencia la ampliación y exageración de las penas para aparentar una reacción eficaz del Estado contra el delito"<sup>(6)</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. En: Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará. Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará, MESECVI, abril 2012.
2. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Taller: "Violencia de Género" para Perú y la región andina. Reporte Final. Lima: IPAS, UNFPA, FLORA TRISTAN, CEMICAMP, abril 2003.
3. Defensoría del Pueblo. Violencia obstétrica en el Perú. Lima-Perú: D del P-UNFPA, Nov 2020.
4. Ministerio de la Mujer. Decreto Supremo N° 08-2016-MIMP.
5. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra: OMS, 2014.
6. GIRE, Impunidad | Cero. Justicia olvidada. Violencia e impunidad en la salud reproductiva. México 2022, 56 pp.
7. CIDH. Informe "Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas". San José-Costa Rica 2017.
8. ONU. Informe de la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. "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" NY: ONU, julio de 2019.
9. GIRE. El camino hacia la justicia reproductiva: Una década de avances y pendientes, México: GIRE, 2021.
10. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima: Dirección General de Atención de la Salud de las Personas, 2004.
11. Ley General de Salud. Perú, 1997.
12. Colegio Médico del Perú. Código de ética y deontología. Lima: CMP, 2007.