

# SIMPOSIO: VIOLENCIA INSTITUCIONAL CONTRA LA MUJER DURANTE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

1. Médico Ginecólogo Obstetra, Clínica Santa Isabel de Lima-Perú. Maestro Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia, Miembro del Comité de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) de Derechos Humanos, Refugiados y Violencia contra la Mujer, Miembro del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), Presidente del Instituto de Salud Popular (INSAP), Presidente de la Sociedad Peruana de Contracepción. ORCID 0000-0002-8348-173X

Conflictos de interés: ninguno

Conflictos éticos: ninguno

Financiamiento: propio

Declaro haber intervenido en la concepción, elaboración y discusión del presente artículo

Declaro no haber utilizado tecnología relacionada a la inteligencia artificial

Recibido: 6 junio 2024

Aceptado: 15 junio 2024

Publicación en línea: 27 junio 2024

Correspondencia:

Miguel Gutiérrez Ramos

✉ [mialgura@gmail.com](mailto:mialgura@gmail.com)

Citar como: Gutiérrez-Ramos M. Violencia obstétrica: aspectos históricos. Rev peru ginecol obstet. 2024;70(2). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v70i2639>

## Violencia obstétrica: aspectos históricos Obstetric violence: historical aspects

Miguel Gutiérrez-Ramos<sup>1</sup>

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v70i2639>

### RESUMEN

Desde épocas remotas hasta la actualidad, el embarazo y el parto constituyen un mismo proceso biológico. Lo que ha variado ha sido su entorno y su cuidado de parte de nuestra sociedad. La medicina moderna y la tecnología han prevenido muchas complicaciones del embarazo, parto, puerperio y salvado muchas vidas; pero se ha descuidado el enfoque centrado en la mujer. No se trata de volver totalmente al pasado y dejar de lado la atención moderna del parto para evitar la mal llamada 'violencia obstétrica'. Sino que debe incorporarse lo valioso de la atención en el pasado, como la participación de la familia, de la pareja. Pero también el respeto de los principios éticos, la calidad en la atención para un parto seguro, así como, los derechos de la gestante para que la atención obstétrica sea una atención moderna y humanizada, como merecen todas las mujeres.

**Palabras clave.** Embarazo, Parto, Obstetricia, Violencia obstétrica, Violencia de género, Parto humanizado

### ABSTRACT

From ancient times to the present day, pregnancy and childbirth are one and the same biological process. What has changed is the environment and the way our society has cared for them. Modern medicine and technology have prevented many complications of pregnancy, childbirth and the postpartum period and saved many lives, but the woman-centered approach has been neglected. It is not a matter of going totally back to the past and leaving modern childbirth care aside to avoid the misnamed 'obstetric violence'. Rather, it is about incorporating what was valuable in past care, such as the involvement of the family, of the couple. But also, the respect of ethical principles, the quality of care for a safe delivery, as well as the rights of the pregnant woman so that obstetric care is a modern and humanized care, as all women deserve.

**Key words:** Pregnancy, Parturition, Obstetrics, Obstetric violence, Gender-based violence, Humanizing delivery

### INTRODUCCIÓN

La preservación de la especie humana a través de los siglos ha sido posible por los procesos de reproducción, los cuales incluyen el embarazo, el parto y el nacimiento de un nuevo ser. Estos eventos ocurren desde hace miles de años, producto de las relaciones sexuales que se tienen entre las parejas. Los procedimientos del embarazo y el parto, como tales, son los mismos que ocurren en la actualidad; en eso la evolución no ha cambiado. Lo que ha variado ha sido el entorno del desarrollo de los procesos mencionados y las consideraciones que la sociedad tiene de ellos.

En las sociedades primitivas observaban que la gestación se desarrollaba, pero no había ningún cuidado adicional, más allá de las limitaciones que este determinaba en las tareas cotidianas de las mujeres<sup>(1)</sup>. Al inicio; probablemente ellas mismas eran las que se asistían durante el parto<sup>(2)</sup>. Las contracciones del trabajo de parto eran las mismas que se presentan en la actualidad, y el dolor el mismo, tal vez, sin ninguna señal de queja, tratando de no llamar la atención de su entorno, lo cual podría ser peligroso<sup>(3)</sup>. El mayor dolor se presentaba al final del parto y durante el nacimiento; luego venía la calma. La sintomatología ha sido la misma a través de los años. Sin embargo, las consideraciones al dolor, a lo natural del proceso, es lo que fue diferente de la actualidad.

Para las mujeres, presentar dolor durante el parto y tolerarlo era lo que se esperaba de ellas. Ello estaba en concordancia con la cita bíblica en relación con el parto – Génesis 3:16: 'A la mujer le dijo: — Multiplicaré



sobremanera las molestias en tus embarazos, y con dolor parirás a tus hijos. Tendrás ansia de tu marido y él te dominará.'

Este proceso natural, probablemente hizo que las primeras en acudir solidariamente al 'sufriamiento' de las mujeres en el parto fueran personas de su entorno, usualmente mujeres de la familia. Sin tener ningún conocimiento científico, muchas de ellas probablemente se transformaron en las parteras de una comunidad, que eran llamadas cuando había una mujer por dar a luz. El registro más antiguo que tenemos de la participación de parteras (comadronas) data de hace 6,000 años a.C.<sup>(2)</sup>. No acudía ningún varón. Es más, estos procesos eran vistos por los hombres como propios de las mujeres; no se inmiscuían en el parto.

### PRESENCIA MÉDICA EN EL PARTO

El desarrollo de la medicina desde la antigüedad, pero sobre todo con los conocimientos adquiridos desde el oriente en la edad media, hizo que en el siglo XVII se enfocara el proceso del parto desde un punto de vista biomédico, probablemente debido a la ocurrencia de muertes maternas o por causas que podían ser tratadas o atendidas por los médicos de aquella época<sup>(3)</sup>.

En el siglo XV, muchos autores se refieren a la falta de conocimientos y de educación que tenían las comadronas o parteras – la mayoría analfabetas-, las cuales eran controladas por la Iglesia, más por sus valores morales que por su pericia técnica.

La medicina ganó gradualmente más reconocimiento social al prestar mayor atención al parto, un campo que se llevaba a cabo en ámbitos muy privados y solo interesaba para algunos procedimientos médicos de urgencia. Este reconocimiento se incrementó con el advenimiento de los instrumentos como el fórceps, que para su aplicación obligaba a la posición en decúbito dorsal. Se recuperaron textos antiguos, como los de Sorano de Efeso, con técnicas para una buena atención de los partos, incluso los complicados. Se logró una mayor profesionalización para su atención, de la cual quedaron excluidas las parteras. Existió mayor interés de los Estados por la atención del parto en los hospitales y por quienes podían pagar por los servicios de los médicos, los cuales tenían mayor actividad

en las ciudades. Mientras tanto, las parteras continuaban con su atención, pero en los sectores rurales, y en general en los sectores menos favorecidos<sup>(4)</sup>.

Adicionalmente, en el siglo XVI hay una demonización de parte de la Iglesia hacia las comadronas y parteras sobre el conocimiento que tenían del cuerpo de la mujer, de su reproducción. Y, por ello, muchas murieron acusadas de brujería<sup>(5)</sup>.

Es interesante observar que, a pesar de que en el siglo XVII y XVIII se empieza a institucionalizar el parto en los hospitales, con atención de médicos en las ciudades, las mujeres se morían más por infecciones en el parto atendidos por ellos que en los partos domiciliarios, atendidos por parteras. Los médicos desconocían los elementos básicos para prevenir infecciones, como el lavado de manos, a diferencia de las parteras quienes utilizaban más los lavados tanto de la parturienta como de ellas mismas, costumbre que usaban de manera empírica sin conocer su importancia en la epidemiología de las infecciones<sup>(6)</sup>.

De ello se dio cuenta el médico húngaro Ignaz Philipp Semmelweis y publicó los hallazgos de su investigación 'Etiología, el concepto y la profilaxis de la fiebre puerperal', en 1861, donde demostraba que el lavado de manos prevenía las muertes por fiebre puerperal<sup>(7)</sup>. Lamentablemente, se tardó muchos años para que se reconociera ese hallazgo tan importante en la medicina.

Como podemos observar, la medicalización del parto, el enfoque biomédico, se inicia por un concepto de seguridad en el siglo XVII, por las muertes que ocurrían en los partos. Pero también, por un tema de poder de la medicina que se había recuperado en la edad media, para abarcar procesos que, hasta entonces, en su mayoría habían sido atendidos por las llamadas parteras o matronas, que en algunos casos ejercían también el rol de curanderas en su comunidad.

### OBSTETRICIA MODERNA

El siglo XX, con mayor conocimiento científico de la fisiología y de las enfermedades que acontecen en el embarazo, parto y puerperio, aparece el cuidado prenatal. Se intenta disminuir el dolor durante el parto con técnicas de psicoprofilaxis



-como la del Dr. Fernand Lamaze<sup>(8)</sup> que aparece el año 1951-, desarrolladas a partir de una sesión de la Academia de Ciencias en Rusia donde se familiarizó con los estudios de Pavlov, Nicolaiev y Veloski.

Aparecen los antibióticos, mejoran los insumos médicos, la ecografía; las técnicas de cesárea son más seguras. Se medicaliza el proceso de atención del parto por un tema básicamente de seguridad, y se enfoca la atención en la prevención de enfermedades y de complicaciones. Se incluye la determinación del riesgo y el resultado final como lo más importante de la atención. Se incorporan con mucha fuerza los aspectos de calidad en la atención médica. La morbimortalidad materna fetal empieza a descender en el mundo a fines del siglo pasado<sup>(9)</sup>.

## VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Dos hechos importantes acontecieron el siglo pasado. En el año 1978 apareció el Informe Belmont, que presentó los 'principios éticos básicos' como reglas éticas para las actuaciones humanas<sup>(10)</sup>, y el año 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, se trató acerca del empoderamiento de la mujer, del derecho a la salud sexual y reproductiva y se logró el compromiso internacional de los países. Paralelamente, aparecieron muchas publicaciones, sobre todo de parte de las organizaciones de mujeres, donde se incluyó el término de violencia obstétrica, frente a lo que consideraban una excesiva medicalización de la atención del parto y se demandó por un parto respetado, humanizado<sup>(6)</sup>.

## CONCLUSIONES

- Desde la era primitiva hasta la fecha, por la modificación de la pelvis en los humanos en estos últimos 2 millones de años, el parto ha sido un proceso más difícil y doloroso que en sus antepasados<sup>(12)</sup>. Se sabe que, carentes de tecnologías modernas del dolor, debe haber sido una situación en la que la mujer sufría muchas veces estoicamente durante el parto.

- Además, atendidas por ellas mismas o por parteras, deben haber ocurrido muchas complicaciones, incluyendo desgarros perineales severos u otras lesiones en el canal del parto. Y, al no tener el conocimiento adecuado de su tratamiento, las lesiones permanecían durante toda su vida, como los desgarros de cuarto grado, con fistulas permanentes. En muchos casos la muerte de las parturientas era el final.
- En el presente siglo y a fines del pasado se incluyó el término de violencia obstétrica a todo aquel procedimiento medicalizado que se realice y se aleje de lo que a su entender es el parto tradicional, independientemente que este sea más seguro que lo ocurrido anteriormente. En ese sentido, muchas veces se reclama el llamado 'parto natural', olvidando o desconociendo lo que realmente era la atención del parto en siglos pasados, en la antigüedad.
- Es verdad que la medicina moderna y la tecnología han prevenido muchas complicaciones del embarazo, parto, puerperio y salvado muchas vidas; pero también es cierto, que se ha descuidado el enfoque centrado en la mujer<sup>(13)</sup>. Sin embargo, no se trata de volver totalmente al pasado y dejar de lado la atención moderna del parto para evitar la llamada 'violencia obstétrica', sino que debe incorporarse lo valioso de la atención en el pasado, como la participación de la familia, de la pareja. Pero, también incorporar el respeto de los principios éticos, la calidad en la atención para un parto seguro, así como los derechos de la gestante para que la atención obstétrica sea una atención moderna y humanizada, como merecen todas las mujeres.
- La cesárea, así como otros procedimientos quirúrgicos u obstétricos, son valiosos y deben realizarse cuando la gestante lo requiera. No debemos abusar de procedimientos médicos en la atención de un proceso natural que existe desde los orígenes de la humanidad. En ese sentido, no podemos aceptar que se utilice el término de 'violencia obstétrica' para tipificar cualquier procedimiento que se utilice en la atención moderna del parto.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfaro AN, Villaseñor FM, Valadez FI. Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. *Inv Salud*. 2006;8(1):50-3.
2. Barrera Gutiérrez Y, Díaz Gamboa L. Violencia obstétrica, historia olvidada de prácticas invisibilizadas. *Derecho y Realidad*. 2018;16(32):62.
3. Zayas FE, Tomé DPA. Albores y evolución de la Obstetricia. 2021;60(280):1-7.
4. Montes Muñoz MJ, Las culturas del nacimiento. representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. DL: T.1237-2007; 28-29. ISBN: 978-84-690-7782-5
5. Federici S. *Caliban and the witches*. First edition, 2004;233. ISBN 1-57027-059-7.
6. Vallana Sala V. "La enfermedad normal", Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sex Salud Soc. (Rio J.)* (34) • Jan-Apr 2020. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.06.a>
7. Vargas Caraballo D. Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Madrid. Organización Mundial de la Salud; 2015 [citado 01 Sep 2020]. Available at: [http://www.who.int/gpsc/country\\_work/burden\\_hcai/es/](http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/) 10
8. Medina C. Método de Lamaze. *Rev Med Hondur*. 1978;46:103-5.
9. Gutiérrez M, Velásquez E. Mortalidad Materna. Publicaciones presentadas en la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia en los 70 años de vida institucional de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2017;63(3):413-27.
10. Informe Belmont: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos.\*. *Rev Med Hered*. 16 September 2013 [cited 2 June 2024];4(3). Available at: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/424>
11. Galdos-Silva S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Rev peru med exp salud publica [online]*. 2013;30(3):455-60. [cited 2024-06-03].
12. Fernández N, Anatomía de la pelvis en homínidos y su implicación en el parto. Universidad de Oviedo Facultad de Biología Julio 2021;4-24.
13. Távora Orozco L. Atención obstétrica centrada en la persona. *Rev peru ginecol obstet*. 2023;69(2). DOI: 10.31403/rpgo.v69i2512