



Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



CARTA AL DIRECTOR

La violencia obstétrica negada en España

Obstetric violence denied in Spain

Sra. Editora:

En España se ha pasado de la invisibilización de la violencia obstétrica (VO)¹ a su negación. El debate se activó por la intención de reformar la Ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo con el objeto de reconocer la VO como una forma de violencia de género producida en la atención al parto. Los comunicados de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)² y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)³ causaron malestar en varias asociaciones científicas. Así, asociaciones como la Asociación Andaluza de Matronas, Asociación Española de Psicología Perinatal, Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal, Asociación Galega de Matronas, Federación de Asociaciones de Matronas de España, Asociación de Española de Matronas y Asociación de Matronas de la Comunidad Valenciana se vieron obligadas a posicionarse.

En los comunicados emitidos por la SEGO y la CGCOM se identifican 3 problemas:

- 1) El uso inapropiado y ofensivo del término VO, que criminaliza al profesional sanitario (PS).
- 2) La confusión entre VO y mala praxis.
- 3) La alarma social creada que deteriora la relación médico-paciente.

En el primer punto no hay dudas que la VO es un problema de salud pública global, identificado como un tipo de violencia de género que alcanza a la asistencia médica. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2014, reconoció que, en todo el mundo, muchas mujeres sufren trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto⁴. De hecho, ya existen leyes específicas que abordan la VO en Venezuela (2007), Argentina (2009) y México (2014)⁵.

Negar o cambiar la terminología no hará que la violencia continúe en un sistema patriarcal y androcéntrico. La SEGO y la CGCOM consideran el término VO ofensivo para los PS; sin embargo, es lo contrario.

Negar la existencia de la VO es ofensivo para las víctimas de este tipo de violencia, cuyo porcentaje en España

no es una cuestión menor⁶, y también es ofensivo para los PS, ya que el reconocimiento de la VO permite distinguir a quienes ejercen inadecuadamente su profesión. Se debería investigar cómo el impacto de la jerarquía en la estructura sanitaria afecta la salud mental de los PS cuando un superior es quien ejerce la VO. En este sentido, se puede considerar que el resto de PS son víctimas de la VO. La ofensa es no reconocer la VO y sus daños, retrasando el avance de los derechos humanos y una asistencia médica de mayor calidad. Finalmente, el CGCOM garantiza la inexistencia de actos violentos en la atención a las pacientes³, cuando en realidad lo que debe garantizar es la detección y prevención de estos casos que vulneran los derechos de las mujeres.

En el segundo punto la SEGO afirma que no debe confundirse la VO con mala praxis². No ponemos en duda la intención de los PS de desear lo mejor para la paciente, pero tampoco hay que olvidar que, en ocasiones, prácticas orientadas por las buenas intenciones pueden desencadenar daños irreparables para estos. En relación con la mala praxis puntualizar que la VO la incluye, pero también la desborda. Podríamos referirnos a la existencia en el sistema sanitario español de una mala praxis sistémica en determinadas prácticas médicas, por ejemplo, si valoramos algunos estudios que informan que las tasas de episiotomías en España superan en mucho las recomendaciones de la OMS y del Ministerio de Sanidad^{6,7}. Al respecto, la OMS alerta que una tasa por encima del 20% no está justificada, mientras que el Ministerio de Sanidad propone como estándar de calidad una tasa inferior al 15%⁷. Para complejizar el debate se deben tener presentes ciertos aspectos de la asistencia obstétrica difíciles de abordar desde las estadísticas, pero que existen, tales como el maltrato psíquico y emocional, la asistencia poco humanizada, el uso de frases peyorativas o la infantilización de la paciente, entre otras prácticas.

Finalmente, en cuanto a la creación de un estado de alarma generalizado, si existe, está presente a nivel mundial. La VO está reconocida por la OMS⁴, y el sistema sanitario español no puede ignorarla. La verdadera alarma sería no reconocer el problema. Se deben buscar soluciones de forma consensuada por todos los sectores implicados y afectados, con el fin de avanzar hacia sociedades más saludables.

Se trata de un problema actitudinal que pasa, en primer lugar, por el reconocimiento de las dificultades para superarlas. Sería conveniente garantizar la formación y el reciclaje del PS en cuanto al parto humanizado, a un enfoque de género en la atención médica y el efectivo cumplimiento

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.09.008>

1130-8621/© 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

del Plan de Parto y Nacimiento del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Ignorar y no afrontar la VO es potenciar este problema en el sistema sanitario español. Si deseamos un sistema que busque la excelencia y la ejemplaridad, debemos afrontar este problema y adoptar medidas de transparencia y mecanismos tendientes a disminuir ciertas prácticas en el ámbito de la atención obstétrica, que tanto daño generan a las pacientes.

Bibliografía

1. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gac Sanit.* 2021;35:211–2.
2. S.E.G.O. Comunicado S.E.G.O.: “Violencia obstétrica”. 2021 [consultado 21 Oct 2021]. Disponible en: <https://sego.es/>
3. CGCOM. El CGCOM rechaza el concepto de “violencia obstétrica” para describir las prácticas profesionales de asistencia al embarazo, parto y posparto en España. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. 2021.
4. OMS. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra, Suiza: OMS; 2014.
5. Quattrocchi P. Violencia obstétrica: Aportes desde América Latina. *G&D.* 2018;7.
6. Mena-Tudela D, Cervera-Gasch Á, Iglesias-Casás S, González-Chord VM, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric violence in Spain (part II): Interventionism and medicalization during birth. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:199.
7. García-Lorca AI, Viguera-Martínez MÁ, Ballesteros-Meseguer C, Fernández-Alarcón MM, Carrillo-García C, Martínez-Roche ME. Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica. *Rev Esp Salud Pública.* 2019;93:e201907040.

Javier Rodríguez Mir^{a,*} y Alejandra Martínez Gandolfi^b

^a *Departamento de Antropología y Pensamiento Filosófico Español, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Autónoma de Madrid, Campus de Cantoblanco, Madrid, España*

^b *Gerencia de Atención Primaria, Sanidad Castilla y León, Ávila, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: javier.rodriguez@uam.es
(J. Rodríguez Mir).