

## VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN COLOMBIA Y ESPAÑA: UN DELITO SIN LEY

Elena Marco Minguenza<sup>1</sup>

No lo olvidas, es para toda la vida  
Araceli Minguenza

### Resumen

#### Introducción:

La violencia obstétrica (VO) es una problemática social presente en todos los países del mundo. Territorios como Colombia o España, pese a su gran diferencia sociocultural, no enmarcan la VO como concepto en su legislación ni aceptan su inclusión como una rama de la violencia de género. Mediante la revisión bibliográfica se observan algunas causas de la VO que presentan una gran falta de veracidad, mientras se omiten otras muy prevalentes en los dos países, poco cautivadoras para el interés médico.

#### Reflexión:

Las opiniones de los profesionales acerca de la VO son muy dispares, como se observa con el testimonio de un ginecólogo colombiano y una matrona española. Organizaciones médicas como la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG), en Colombia, o el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), en España, se han opuesto a la situación mediante comunicados oficiales con argumentos irreales y poco verídicos, responsabilizando a las instituciones y fomentando la impunidad médica. Se menciona a la VO como una innecesaria alarma social y no como un verdadero problema de salud pública. Conclusiones: las causas estudiadas de la VO tienen mucha falta de credibilidad después de una comparativa internacional. Multitud de estudios se ven sesgados por la falta de información de este suceso, dificultando la visibilización de la VO y su estudio. Se requiere una correcta formación del profesional sanitario, una intervención educativa para las mujeres acerca de la VO y su inclusión en la legislación para convertir su práctica en una grave vulneración de los derechos humanos de la mujer.

**Palabras clave:** violencia obstétrica, violencia contra la mujer, parto humanizado, legislación hospitalaria, percepción social

© 2023 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v5i2.707

---

<sup>1</sup>Estudiante de Enfermería de último año de la Escola Superior d'Infermeria del Mar (ESIMar) Barcelona, España. ORCID: 0009-0003-2232-4380. Autora para correspondencia. Correo electrónico: elena-marco@juanncorpas.edu.co

## OBSTETRIC VIOLENCE IN COLOMBIA AND SPAIN: A LAWLESS CRIME

### ABSTRACT

#### **Introduction:**

Obstetric violence (OV) stands as a pervasive social issue with global implications. Remarkably, nations as culturally distinct as Colombia and Spain have yet to officially recognize OV within their legal frameworks or acknowledge it as a facet of gender-based violence. Upon conducting a comprehensive literature review, it becomes apparent that some purported causes of OV lack empirical support, while others, prevalent in both countries, have been overlooked, despite their considerable relevance to medical practice.

#### **Reflection:**

The perceptions and beliefs of professionals regarding OV exhibit a considerable degree of variance, as exemplified by the testimonials of a Colombian gynecologist and a Spanish midwife. Notably, esteemed medical organizations like the Colombian Federation of Obstetrics and Gynecology (FECOLSOG) and the General Council of Official Medical Colleges (CGCOM) in Spain have actively opposed OV, issuing official statements replete with unrealistic and unsubstantiated arguments. These assertions often place blame on institutional factors, inadvertently fostering an atmosphere of impunity within the medical community. Regrettably, OV is often dismissed as an unnecessary societal concern rather than being recognized as a genuine global public health issue. Conclusions: the studied causes of VO lack much credibility after an international comparison. Many studies are biased by the lack of information on this event, making it difficult to make OV visible and study it. Correct training of the health professional, an educational intervention for women about OV and its inclusion in legislation are required to convert its practice into a serious violation of women's human rights.

**Keywords:** obstetric violence, violence against women, humanizing delivery, legislation, hospital, social perception

## Introducción

Históricamente, el parto siempre ha sido uno de los muchos procesos fisiológicos característicos de la naturaleza humana de la mujer. Este consiste en el nacimiento de una nueva vida y carga consigo un fuerte valor emocional. Aun así, este atributo afectivo no siempre tiende a ser positivo, resultando en consecuencias negativas y afectando así la vida de las mujeres. Esta alerta social se debe, en parte, a la transformación progresiva de la concepción del parto, cruzando la barrera de un hecho fisiológico a uno patológico. El modelo biomédico y el interés de la medicina defensiva han llegado a influenciar sucesos como el parto. Laura Gutman, escritora argentina, habla de un modelo de industrialización del parir/nacer, haciendo referencia a un proceso en el que las mujeres han pasado a ser pacientes (Gutman Fernández, 2006). La causa es un sistema de atención totalmente homogéneo, protocolizado y automatizado en el cual todas las usuarias se convierten en personas idénticas, con las mismas necesidades y un mismo contexto psicosocial (Vallana Sala, 2019). Teniendo en cuenta que este sistema sanitario lleva en nuestra sociedad muchas décadas, algunos conceptos y hechos ya existentes han ido emergiendo, dejando de ser invisibles y desvinculándose de la norma.

Cuando se habla de conceptos hay uno en especial que encabeza esta problemática y les da sentido a muchas experiencias traumáticas de mujeres: la violencia obstétrica (VO). Este término no tiene un significado original, de hecho no está aceptado en la mayoría de los diccionarios. Un ejemplo es el resultado de su búsqueda en el diccionario de la Real Academia Española: “La palabra violencia obstétrica no está en el diccionario” (ASALE y RAE, s. f.). Esta falta de significación se debe a la ausencia de este concepto en el ámbito legal, además de la contraria de muchos profesionales de la

salud. Aun así, países como Venezuela, México o Argentina cuentan con legislaciones en las que la violencia obstétrica está incluida y en las cuales definitivamente se le atribuye un significado (Díaz García y Fernández, 2018). Por ejemplo, según la legislación venezolana, se define violencia obstétrica 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. (UNESCO, 2015)

Organizaciones mundiales como la OMS o la ONU se han unido a la verificación del concepto de la VO, creando protocolos ejemplares en referencia a la asistencia humanizada del parto, partiendo de los derechos básicos reproductivos y sexuales de toda mujer (Naciones Unidas, s. f.). Acciones así han fomentado su visibilización y, como consecuencia, han abierto las puertas en diferentes países donde aún no está aprobada legislativamente, como es el caso de Colombia o España.

La situación en Colombia es bastante pretenciosa, ya que, en el año 2017, el Congreso colombiano llegó a crear un proyecto de ley por medio del cual se dictaban las medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica, incluyéndola como una forma de violencia de género (CONSULTORSALUD, 2017). Esta iniciativa se quedó muy lejos de su oficialización, ya que múltiples profesionales sanitarios antepusieron su opinión y la propuesta fue rechazada (FECOLSOG, 2018). Actualmente, la Ley 2244 de julio de 2022 es la más parecida al proyecto denegado. Esta tiene como objetivo “reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y per-

inatal con libertad de decisión, consciencia y respeto; así como reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos” (Congreso de Colombia, 2022). A lo largo del documento, se pueden leer algunas expresiones muy relacionadas con la violencia obstétrica, sin esta ser mencionada. Esta falta de visibilización en la legislación promueve la promoción de la VO mediante la impunidad existente y facilita la posición subordinada de la mujer como consecuencia del desconocimiento de sus derechos, fomentando así la jerarquización del uso de poder en instituciones sanitarias y limitando las decisiones de las mujeres durante el preparto, parto y postparto.

Según investigaciones realizadas en Colombia, no existe una cifra oficial que indique cuál es la prevalencia de este suceso, aun así, es evidente que la práctica de esta violencia es mucho más común de lo que debería (El Parto es Nuestro, s. f.). Los factores promotores de la violencia obstétrica que se han delimitado en el territorio colombiano son los siguientes: la desinformación de las mujeres y sus acompañantes en relación con el proceso, el desconocimiento del término entre el personal sanitario, la formación de carácter autoritario en el pregrado y postgrado, entre otros (Bernal et ál., 2023). Aun así, se encuentra un causal principal que consiste en la falta de recursos institucionales, como materiales, talento humano e instalaciones insuficientes para llevar a cabo un parto humanizado (Dueñas Marín et ál., 2020).

Entre los actos que conforman la violencia obstétrica, las mujeres colombianas identifican como los más prevalentes los siguientes: ausencia de administración analgésica en los momentos en los que se precisa, falta de alimentación e hidratación durante el proceso, falta de acompañamiento, abuso verbal mediante juzgamientos, humillaciones o amenazas de abandono al atenderlas por parte

del personal, entre otros (Rivera León, 2023) Estos actos son solo algunos de los muchos que conlleva la VO, de hecho, se cree que las mujeres expresan muy pocos debido a la desinformación con la que afrontan el proceso y el desconocimiento de sus derechos. Actos como la maniobra de Kristeller, la postración total en la cama sin el derecho a deambular, la realización de episiotomías, las inducciones al parto y cesáreas sin consentimiento ni justificación y la imposición de la postura de litotomía durante la fase de expulsivo también hacen parte de la VO, pese a ello, son normalizados por la sociedad y admitidos por las mujeres.

En España, el contexto de esta situación tiene ciertas similitudes con el panorama colombiano. Actualmente, la legislación española tampoco tiene aprobada ninguna ley en la que se refiera a la violencia obstétrica como concepto y violencia de género. En el Consejo Europeo se realizó la Resolución 2306/2019, en la cual se oficializa el término de violencia obstétrica y se exponen sanciones a quienes sean partícipes de ella en las instituciones sanitarias de la Unión Europea (UE), entre ellas todas aquellas del territorio español (Parliamentary Assembly, 2019). Ante la presión europea, la legislación española trató de reformar la “Ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo 1/2023”, incluyendo la violencia obstétrica como una forma de violencia de género (Gobierno de España, 2023). Ante esta iniciativa, numerosos colectivos médicos se antepusieron a esta propuesta. Como resultado, la inclusión del término en la ley fue rechazada y su publicación definitiva omitió la mención de esta problemática. Ante este comportamiento de retroceso y debido a la influencia de la legislación europea, España se convirtió en el primer país europeo en ser sancionado ante un caso de violencia obstétrica (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2022).

Aun así, no todo el territorio español queda descubierto ante una legislación inclusiva. Gracias a las políticas propias de cada Comunidad Autónoma española, estas pueden optar por modificar y extender algunas leyes. Este es el caso de la comunidad de Cataluña, donde la Ley 17/2020, resultado de la modificación de la Ley 5/2008 del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, incluye como nuevo término la violencia obstétrica y la define de la siguiente manera:

Consiste en impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas. Puede afectar a los diferentes ámbitos de la salud física y mental, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y puede impedir o dificultar a las mujeres tomar decisiones sobre sus prácticas y preferencias sexuales, y sobre su reproducción y las condiciones en que se lleva a cabo, de acuerdo con los supuestos incluidos en la legislación sectorial aplicable. Incluye la esterilización forzada, el embarazo forzado, el impedimento de aborto en los supuestos legalmente establecidos y la dificultad para acceder a los métodos anticonceptivos, a los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH, y a los métodos de reproducción asistida, así como las prácticas ginecológicas y obstétricas que no respeten las decisiones, el cuerpo, la salud y los procesos emocionales de la mujer. (Comunidad Autónoma de Cataluña, 2021)

Esta definición, a diferencia de otras mencionadas anteriormente, es la primera que expresa explícitamente otros procedimientos desvinculados del parto o del aborto, incluyendo también ámbitos de prevención sobre anticoncepción y el acceso a estos recursos. Gracias a la inclusión en la legislación catalana, se han creado diferentes asociaciones públicas con el objetivo de investigar acerca de la prevalencia de la VO y otros factores relacionados con esta. Un ejemplo es el Grup de Treball de la Associació Catalana de Llevadores, el cual tiene como objetivo actuar y dar soporte a las acciones que permitan revisar la calidad

en la atención a las mujeres para prevenir la violencia obstétrica (Associació Catalana de Llevadores, s. f.).

España, pese a tener cierta inclusión legislativa, tiene una prevalencia definida de VO de un 38,3% (Mena-Tudela et ál., 2023). Teniendo en cuenta que la población de mujeres en España es de 24,5 millones, aproximadamente 9,4 millones de ellas habrían sido víctimas de la violencia obstétrica en algún momento de su vida. Dentro de esta alarmante cifra, encontramos que los factores que se consideran causantes de esta práctica son: la falta de formación al personal, la desinformación de las usuarias, trato jerárquico del personal sanitario y el síndrome de burnout en los profesionales de las salas de partos (Rodríguez Mir y Martínez Gandolfi, 2021). En la bibliografía española no hay registro de la falta de recursos institucionales como principal causa de la VO.

Las acciones más prevalentes que se han concedido por las mujeres son: numerosos tactos vaginales, falta de privacidad, humillación y culpabilidad ante las quejas de mujeres, falta de alimentación durante el proceso, administración de enemas, falta de acompañamiento durante cesáreas, inducción al parto sin justificación, entre otras experiencias que relatan las mujeres en el foro de la asociación El Parto es Nuestro (s. f.).

Al observar las diferencias legislativas y contextuales de la población en Colombia y España, se considera preciso abordar la problemática de la violencia obstétrica con el objetivo de determinar las causas principales para su justificación de acción mundial, ya que se observan diferentes causales de las cuales solo una coincide en los dos países, convirtiéndose posiblemente en la más incidente mundialmente.

## Reflexión

La violencia obstétrica es un concepto relativamente “nuevo” que lleva muchos años presente en la sociedad, pero, como muchas otras problemáticas sociales, por intereses profesionales no llegan a visibilizarse en la sociedad. Este concepto ha despertado el rechazo de diferentes colectivos, como ya se ha mencionado antes.

En el caso de Colombia, está la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG), la cual, a través de un comunicado oficial, menciona ideas como:

[...] Puesto que este sugiere que los médicos somos los victimarios y los médicos somos los generadores de violencia [...], este proyecto de ley se centra en culpar al especialista y no en generar condiciones de calidad para la prestación del servicio de todos los involucrados en la atención a las gestantes y el recién nacido [...]. Mejorar todas las variables que conllevan a la violencia obstétrica incluyendo acceso, instalaciones e inversión para una atención obstétrica digna [...]. Invitamos a la opinión pública a que rechace posturas sensacionalistas, poco fundamentadas y que generan la victimización de los profesionales [...], ponen en entredicho la autonomía del acto médico, que tienen como prioridad, siempre, el bienestar de la madre y su hijo. (FECOLSOG, 2018)

La FECOLSOG asume que las causas por las cuales se practica la violencia obstétrica son totalmente ajenas al personal de salud, y se vinculan aquellas a los recursos institucionales. Además, se mencionan ideas de culpabilidad hacia los profesionales médicos, mediante la victimización, sin un previo análisis crítico y reflexivo sobre la problemática y sus verdaderas causas, viéndose involucrados en un rol de violentadores. Aun así, la violencia no solo consiste en agresiones físicas, y un ejemplo es la VO, como así lo explica la matrona española Sonia Gómez<sup>2</sup>:

“Sin embargo, la violencia no es solo eso, es imponer por la fuerza algo y aquí es donde se enmarca el término violencia obstétrica”.

En una ocasión, la Federación menciona que el deber principal de la asociación es el de priorizar siempre el bienestar de la madre y el hijo. Por bienestar se entiende todo aquel estado positivo de salud físico y mental. Esta definición no hace referencia a las experiencias que refieren la mayoría de mujeres cuando mencionan sus experiencias. La bibliografía actual muestra y visibiliza los daños y secuelas que puede llegar a generar la VO en la vida de una mujer. Como daño físico se observa una afectación a la salud sexual y reproductiva, bloqueo o dificultad para retomar el ejercicio de la sexualidad, lesiones, dificultades en lactancia materna, incontinencia urinaria o fecal, entre otros (Valiente et ál., 2023; El Parto es Nuestro, s. f.; Borges Damas et ál., 2021).

Araceli comparte algunas experiencias de su parto, en las que se evidencia que el fenómeno es latente y deja secuelas: “[...] me desperté en la UCI y me había hecho pipí sin darme cuenta [...]”.

La mayoría de estas afectaciones se deben a los partos sobreinstrumentalizados y sobremedicalizados, los cuales generan desgarros en la anatomía femenina y provocan un cambio en el funcionamiento de esta. Esto es promovido mediante la medicina defensiva, la cual confluje en un exceso de pruebas o en instaurar protocolos de obligado cumplimiento que, en ocasiones, distan mucho de los deseos de las mujeres: “[...] metió los fórceps dos veces y ya perdí el conocimiento, escuchaba a lo lejos la sangre, que no llega la sangre, yo no estaba consciente, ya no tenía fuerza [...]”.

Como daño psicológico principal se encuentra la depresión posparto (DPP), la cual se presenta un 50% más en mujeres que han experimentado VO; síndrome de estrés pos-

<sup>2</sup>Nombre ficticio creado para salvaguardar la identidad real de la profesional

traumático (SEPT), vinculado a desniveles de oxitocina y adrenalina causados por el alto grado de estrés, que como resultado desembocan en problemas en el vínculo maternal; ansiedad, depresión, baja autoestima, inestabilidad emocional: “[...] la recuperación emocional después del parto fue muy larga y muy dolorosa [...]”.

Además, otra consecuencia muy común que se puede dar es la falta de confianza de la mujer con el profesional y la institución, erosionando la relación y disminuyendo progresivamente la prevalencia de consultas en los centros de salud (Martínez-Vázquez et ál., 2022): “[...] cuando tuvimos las otras visitas de control postparto con la ginecóloga me ponía a llorar, no podía superarlo [...]”.

Estas consecuencias justifican y pueden confirmar que la VO se trata de un problema de salud pública, ya que las afecciones con las que conviven las mujeres a lo largo de su vida, después de haberlas sufrido, conllevan una gran cantidad de gastos en recursos sanitarios, contribuyendo así a la mortalidad y morbilidad materna (Moreno Sierra et ál., 2020; Jojoa-Tobar, 2019).

“[...] Al volver a meter los fórceps seccionaron el nervio pudendo y tuve problemas de incontinencia, por lo que tuve que hacer electroterapia durante seis meses y control electromiográfico durante siete. Hasta que te mentalizas tienes que hacer mucho trabajo”.

En el caso de España, también encontramos rechazo por parte de otro colectivo médico ante la aprobación de una ley que incluye como concepto la violencia obstétrica. Se trata del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), el cual a través de un comunicado argumenta, de manera cuestionable, su posición contraria, considerando la

VO como un concepto muy desafortunado. Algunos de los planteamientos que expresa el documento son:

[...] los profesionales rechazan el término de “violencia obstétrica”, garantizan la inexistencia de actos violentos en la atención a las pacientes [...]. La profesión médica pide prudencia y no crear alarmas sociales innecesarias que pueden contribuir a deteriorar la necesaria confianza entre el médico y su paciente [...]. (CGCOM, 2021)

Una vez más, como en el caso de la FECOL-SOG, los profesionales médicos, pese a la cantidad de investigaciones que existen sobre la evidencia de la VO y sus consecuencias en las mujeres, invisibilizan esta práctica, considerando la problemática de la VO como una “alarma social innecesaria”. Como argumento, expresan que el uso de este término puede afectar en la relación médico-paciente, y es que el problema yace principalmente en eso. La consecuencia de la violencia obstétrica es esa: una erosión en la relación que provoca una disminución de las consultas a los centros sanitarios ante cualquier afección relacionada con la experiencia del parto.

[...] ella [la ginecóloga] no vino a verme y no se preocupó por mí. Que la persona que te ha hecho la intervención no te explique el porqué, hace que se te quede un vacío muy grande [...].

Analizando y concluyendo con los argumentos de los dos comunicados se observa cómo las causas que proponen estos colectivos no son veraces. La incógnita entonces recae en cuál podría ser la causa principal con la que se argumente el escenario real de los servicios de ginecología y obstetricia. Como se ha mencionado anteriormente, hay un factor que influye según la bibliografía en los dos contextos, el colombiano y el español. Este factor se trata de la educación autoritaria con la que se forma al profesional médico, que desemboca en una práctica médica idéntica. Este proceso de

transformación educativo lo explican Roberto Castro y Joaquina Erviti en *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. El documento relata cómo los profesionales médicos incorporan los principios y los comportamientos jerárquicos de los profesionales como patrones personales, adquiriendo estos rasgos profesionales al carácter íntimo. Mediante la patologización del parto, las mujeres son atendidas como pacientes; esta falta de individualismo provoca la sumisión e inmersión de la mujer en una estructura sanitaria diseñada para una atención eficiente y basada en la garantía de la funcionalidad institucional. De esta manera, la atención recibida se desvía hacia el beneficio institucional, omitiendo la priorización del bienestar de las mujeres y sus derechos sexuales y reproductivos, además de aquellos universales y básicos. Por ende, las experiencias vividas se caracterizan por el rechazo a la reclamación de los propios derechos y desembocan en vivencias negativas y traumáticas (Gallego, 2019).

El carácter autoritario de la práctica que ejercen los médicos no permite tampoco el desarrollo de investigaciones veraces en relación con la atención de las mujeres en el servicio de ginecología y obstetricia, ya que la mayoría son realizadas por este colectivo sanitario. De esta manera, las causas relacionadas con la calidad de la atención no se atribuyen a responsabilidades médicas sino institucionales o, incluso, a fallas del sistema sanitario. Con estos resultados se favorece el fracaso de las múltiples iniciativas y programas de mejoramiento en la calidad asistencial.

Al indagar la percepción del fenómeno en un área hospitalaria se han encontrado posiciones alternas como, por ejemplo, la del ginecólogo Guzmán Ochoa<sup>3</sup>, quien menciona la VO como un concepto peyorativo y nocivo para el personal médico. Hace referencia al largo pro-

ceso de aprendizaje que conlleva la formación y la especialización de la ginecología y obstetricia, el cual tiene como objetivo brindar la mejor atención a las mujeres. Considera que el concepto de violencia requiere una figura violentadora, la cual tiene como función, mediante acciones agresivas (físicas y/o verbales), dañar a las personas, en este caso las mujeres.

[...] pero si hablamos de la VO, tiene el concepto implícito de un violentador, de alguien que quiere hacer daño, creo yo que es muy peyorativo para las personas que hemos dedicado la vida al cuidado de la salud [...].

Además, el doctor considera que la situación de la violencia obstétrica es una problemática social que no debería influir en las políticas sanitarias, ya que el concepto ha nacido a raíz de experiencias propias de mujeres y esas no son representativas de la población en los centros sanitarios. Por lo cual una muestra poblacional no debería definir si existe o no una problemática y, mucho menos, influir en la legislación actual.

[...] se generan espacios de diálogos en torno a la VO, pero lo que uno ve detrás de eso son demasiadas reivindicaciones y conceptos personales por experiencias propias y no temas de políticas públicas ni el deber ser.

La opinión no es totalmente contraria, ya que no considera que no exista esta problemática. Cree que el término no es adecuado para referirse a la falta de calidad en la atención a las mujeres del servicio de ginecología y obstetricia. El doctor considera que existe una brecha en la atención debida a causas institucionales y sistémicas, de las cuales no son responsables y, por ello, considera que el término más adecuado sería la dignificación de la atención obstétrica. Dentro de las causas institucionales que él refiere se encuentran: la falta de formación en el trato humanizado de los profesionales, especialmente el colectivo de enfermería; falta de personal; falta de presu-

<sup>3</sup>Nombre ficticio creado para preservar el anonimato del profesional

puesto para el cambio y la creación de nuevos espacios por parte de las entidades prestadoras; déficit de condiciones favorables para los médicos, entre otras.

[...] más allá del tema de clínica, me parece importante entender que nuestro sistema en general genera un entorno no habilitante para una adecuada prestación de los servicios de obstetricia; más allá del tema de las personas e instituciones es un tema de sistema.

También hace referencia a la inclusión de la VO en la legislación colombiana. Considera que la redacción de esta en una nueva ley no generaría ningún cambio, ya que, actualmente, existe mucha bibliografía con indicadores, protocolos y lineamientos sobre el trato de la mujer, sus derechos y las acciones que se deben realizar para llevar a cabo un parto humanizado. Además, considera que las políticas existentes sobre esta situación no son realistas, ya que no tienen en cuenta las condiciones reales en las instituciones sanitarias, por lo tanto, pese al planteamiento de objetivos y deberes, existen muchos factores que dificultan su cumplimiento.

A nivel legislativo pienso, y lo voy a decir textualmente, que es mucha basura que escribimos porque es que hay un deber hacer que no necesita ni ley ni norma para que se haga [...].

Empezamos a escribir una cantidad de normas que a la postre no sirve para nada porque el entorno no permite que se apliquen [...].

Respecto a la información y formación con la que acuden las mujeres a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia, estas son insuficientes para que afronten el proceso de la mejor manera. Aun así, el doctor considera que a nivel nacional el panorama es muy diferente. En zonas más dispersas como el Chocó, donde la alfabetización de la población es más escasa, la información que

se les debería dar a las mujeres debería ser más extensa y enfocada de una manera alternativa, teniendo en cuenta las capacidades cognitivas de las mujeres de estas áreas rurales. En Bogotá la situación dista mucho de esa realidad disgregada, pese a ser una ciudad llena de contrastes psicosociales y socioeconómicos, las mujeres tienen un mejor acceso a los cursos de formación perinatales y, como resultado, acuden a las instituciones mucho más preparadas que otras mujeres de regiones nacionales más alejadas. Por ello, el doctor resalta la importancia de fomentar una información equitativa para todas las mujeres colombianas, en la cual tengan un acceso igualitario a los recursos sanitarios para poder formarse e informarse con más facilidad, teniendo en cuenta las necesidades de cada una.

[...] no es lo mismo que una persona acceda al ejercicio libre de sus derechos sexuales y reproductivos, adecuadamente informada con un nivel educacional x, a una persona del Chocó que no sabe leer ni escribir y demás, si bien, ambos escenarios implican un ejercicio autónomo del derecho, implican también unas condiciones colaterales, que deben facilitar y habilitar el ejercicio de los derechos [...].

Con estas aportaciones, el doctor argumenta algunas ideas explicadas anteriormente mientras también se aleja de la justificación de muchas otras.

## Conclusión

En general, pese a la gran cantidad de opiniones sobre la violencia obstétrica, la situación real refleja la necesidad de su investigación a nivel mundial y su visibilización mediante esta. Como se ha podido observar previamente, los contextos en Colombia y España comparten muchas de las realidades en los ambientes hospitalarios. En los dos países la legislación no incluye el término como un tipo de violencia de género, debido a la oposición de comu-

nidades médicas ante la aprobación de proyectos de ley. Aunque enmarcar la VO como parte de la legislación de un país también ayudaría a visibilizar la problemática y sancionarla, hay profesionales que opinan que este hecho no influiría en la práctica.

En Colombia se describen algunas decadencias en la formación del personal sanitario como posibles causales de la práctica de la VO. Pese a existir un colectivo enfermero especializado en cuidados materno perinatales, esta formación no se exige en los servicios de ginecología y obstetricia. Actualmente, la mayoría de hospitales no cuentan con enfermeras especializadas, esto provoca una formación insuficiente y, como resultado, más fallas y defectos en la globalidad de su práctica. Este suceso puede dificultar la formación necesaria para la práctica técnica y el trato humanizado con las mujeres. Además, existe una falta de formación acerca de la VO y su detección entre los profesionales sanitarios. Aunque esta es una realidad, el déficit de información no solo pertenece al colectivo enfermero, ya que quienes tienen la máxima responsabilidad del proceso del parto (vaginal o cesárea) son los/las ginecólogos/as. Según las experiencias de muchas mujeres (Borges Damas et ál., 2021), las secuelas físicas y mentales causadas por la VO han sido resultado de actos médicos (episiotomías y cesáreas sin consentimiento, numerosos tactos vaginales realizados por diferentes profesionales médicos, no administración de analgesia y anestesia).

Según la bibliografía y la opinión del ginecólogo Guzmán Ochoa, la causa mayor en Colombia es la falta de recursos institucionales. Este déficit puede influir, pero definitivamente no puede erradicar la práctica violenta. Esta declaración la podemos confirmar observando el panorama español, además del testimonio de la matrona española Guzmán Ochoa. Ella explica cómo en las instituciones españolas la

falta de recursos no es una realidad, y, aun así, los estudios reflejan una prevalencia de VO de más del 30%. Esta comparación refleja que la bibliografía referente al territorio colombiano no es totalmente verídica, ya que la falta de recursos no es la causa principal de la VO. Como consecuencia de este sesgo investigativo, la visibilización y erradicación de la práctica de la VO en Colombia se está enfocando de forma errónea, pues hay manifestaciones de violencia que no dependen del nivel económico de las instituciones. Esto retrasa el proceso de resolución y omite las verdaderas causas de esta práctica, como podría ser el tipo de formación recibido en la escuela de medicina que desemboca en una praxis autoritaria y un trato jerárquico con los usuarios y usuarias.

En el contexto español, una de las causas más mencionadas ha sido la falta de formación del personal sanitario y de las mujeres que acuden a los establecimientos sanitarios.

En primer lugar, la formación del personal sanitario, tanto médico como enfermero, continúa centrándose en el modelo biomédico, dificultando el trato humanizado. Es necesaria una intervención educativa basada en el enfoque de género, además de una profundización en la importancia de la atención integral y de la esfera psicosocial de la mujer. Actualmente, se están viendo algunos cambios en la formación mediante la inserción de nuevas asignaturas centradas en los aspectos sociales y emocionales de las personas (Revuelta, s. f.). Como resultado, se espera una práctica sanitaria que realce la atención integral según un enfoque de género, enfatizando en los determinantes sociales y estructurales. Esta formación de carácter incluyente se deshace de la visión universal de atención y promueve una atención individual y personalizada para cada persona, para cada mujer.

En segundo lugar, a partir de un punto de vista reflexivo, la formación de las mujeres podría ser uno de los pilares fundamentales para la eliminación de la VO. Las mujeres podrían identificar fácilmente la práctica de la VO, mediante los conocimientos sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Esto también influiría en la veracidad de la bibliografía. Hasta ahora existe una multitud de estudios basados en los testimonios de mujeres, pero estas aún no cuentan con la información suficiente para detectar la VO. Esto provoca un reflejo de la

situación errónea que se refleja de la práctica real, retrasando así el proceso de visibilización de esta problemática y omitiendo las posibles causas existentes.

Cuando las mujeres reciban una formación adecuada, sus conocimientos serán suficientes para identificar la práctica de la VO, las investigaciones serán más veraces y la totalidad causal de esta praxis emergerá para la erradicación de esta.

## Referencias Bibliográficas

ASALE y RAE. (Sin fecha). Diccionario de la lengua española | Edición del Tricentenario. Recuperado 6 de octubre de 2023, de <https://dle.rae.es/>

Associació Catalana de Llevadores. (Sin fecha). Grup Treball en Violència Obstètrica. Recuperado 2 de octubre de 2023, de <https://www.llevadores.cat/activitats/grups-de-treball-acl/gt-violencia-obs-tetrica/1798-grup-treball-en-violencia-obstetrica>

Bernal, L. A. A., Pabón, A. B., & Roa, I. A. (2023). Embarazo parto y puerperio: la madre en subordinación. *Benessere. Revista de Enfermería*, 8(1), Article 1. <https://doi.org/10.22370/bre.81.2023.3391>

Borges Damas, L., Sánchez Machado, R., Peñalver Sinclay, A. G., y González Portales, A., (2021). Manifestaciones de violencia durante el parto percibidas por mujeres y profesionales de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(1). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-03192021000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192021000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Comunidad Autónoma de Cataluña. (2021). Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, Pub. L. No. Ley 17/2020, BOE-A-2021-464 3096. <https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2020/12/22/17>

Congreso de Colombia. (2022). Ley 2244 de 2022—Gestor Normativo—Función Pública. Recuperado 2 de octubre de 2023, de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=189347>

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). (julio 12, 2021). El CGCOM rechaza y considera muy desafortunado el concepto de “violencia obstétrica” para describir las prácticas profesionales de asistencia al embarazo, parto y posparto en nuestro país. CGCOM. <https://www.cgcom.es/notas-de-prensa/el-cgcom-rechaza-y-considera-muy-desafortunado-el-concepto-de-violencia-obstetrica>

CONSULTORSALUD. (4 de noviembre, 2017). Violencia obstétrica: proyecto de ley. Recuperado 3 de octubre de 2023, de <https://consultorsalud.com/violencia-obstetrica-proyecto-de-ley/>

Díaz García, L. I., & Fernández M., Y. (2018). Situación legislativa de la violencia obstétrica en América latina: El caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho (Valparaíso)*, ahead, 0-0. <https://doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>

Dueñas Marín, P. K., Rincón Pinzón, N. V., Sandoval Cerinza, C., Santos Quiroz, Y., y Torres Neira, K. J. (2020). Vivencias y experiencias de las gestantes que tuvieron el trabajo de parto y parto en un Hospital de la Subred Norte. [trabajo de grado]. Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Bogotá, D. C., Colombia. <https://repositorio.juanncorpas.edu.co/handle/001/107>

El Parto es Nuestro. (Sin fecha). Nuestros relatos | El Parto es Nuestro. Recuperado 2 de octubre de 2023, de <https://www.elpartoesnuestro.es/relatos?category%5B%5D=3>

Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG). (2018, junio 26). Análisis proyecto de ley sobre violencia Obstétrica. Fecolsog. <https://fecolsog.org/articulos-noticias/analisis-proyecto-de-ley-sobre-violencia-obstetrica/>

Gallego, M. B. (2019). La violencia obstétrica en el embarazo y el parto desde la perspectiva de la vulneración de derechos: Autonomía y consentimiento informado. *Cuestiones de Género: de la Igualdad y la Diferencia*, 14, Article 14. <https://doi.org/10.18002/cg.v0i14.5803>

Gobierno de España. (2023). BOE-A-2023-5364 Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Recuperado 2 de octubre de 2023, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5364>

Gutman Fernández, L. (2006). *Puerperios y otras exploraciones del alma femenina*. RBA Integral. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=284698>

Jojoa-Tobar, E., Cuchumbe-Sánchez, Y. D., Ledesma-Rengifo, J. B., Muñoz-Mosquera, M. C., Campo, A. M. P., y Suarez-Bravo, J. P. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(2), 135-146. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>

Martínez-Vázquez, S., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., y Martínez-Galiano, J. M. (2022). Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery*, 108, 103297. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103297>

Mena-Tudela, D., Roman, P., González-Chordá, V. M., Rodríguez-Arrastia, M., Gutiérrez-Cascajares, L., y Roperopadilla, C. (2023). Experiences with obstetric violence among healthcare professionals and students in Spain: A constructivist grounded theory study. *Women and Birth*, 36(2), e219-e226. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.07.169>

Moreno Sierra, P. E., Guzmán Castillo, K. A., & Hernández Bello, A. H. (2020). Haciendo visible lo invisible: Prácticas comunes innecesarias como expresión de violencia obstétrica. [trabajo de grado], Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D. C., Colombia. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.10554.39672>

Organización de las Naciones Unidas. (Sin fecha). Salud y derechos sexuales y reproductivos. OHCHR. Recuperado 2 de octubre de 2023, de <https://www.ohchr.org/es/node/3447/sexual-and-reproductive-health-and-rights>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2022). España responsable por violencia obstétrica, según el Comité de derechos de las mujeres de la ONU. OHCHR. Recuperado 6 de octubre de 2023, de <https://www.ohchr.org/es/press-releases/2022/07/spain-responsible-obstetric-violence-un-womens-rights-committee-finds>

Parliamentary Assembly. (2019). Resolution 2306 (2019) Obstetrical and gynaecological violence. Recuperado 2 de octubre de 2023, de <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236&lang=en>

Revuelta, C. C. (Sin fecha). La aplicación del enfoque de género al estudio de la salud: El Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud.

Rivera León, D. C. (2023). La violencia obstétrica. Análisis de una mala praxis. Grupo Editorial Ibañez. Recuperado 2 de octubre de 2023, de <https://xn--grupoeditorialibaez-c4b.com/product/la-violencia-obstetrica/>

Rodríguez Mir, J., y Martínez Gandolfi, A. (2021). La violencia obstétrica: Una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211-212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>

UNESCO. (2015). Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia. SITEAL. <https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/1121/ley-organica-derecho-mujeres-vida-libre-violencia>

Valiente, N. G. L., Guerra, G. de los Á. M., Najarro, D. A. P., Menéndez, A. F. A., & Flores, A. M. V. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta, Revista científica del Instituto Nacional de Salud*, 6(1), Article 1. <https://doi.org/10.5377/alerta.v6i1.15231>

Vallana Sala, V. V. (2019). “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, (17), 128-144. <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56260436008/html/index.html>