

## Reflexiones sobre violencia obstétrica

 Dra. Mireya González Blanco

Directora/Editora

Mucho se ha hablado sobre violencia obstétrica. La reacción del personal de salud involucrado en la atención de la gestante cuando se introdujo el término en la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (1), fue negativa, se sentían agredidos, toda vez que el propósito de la especialidad es brindar la atención médica adecuada a las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio y, en su mayoría, ese personal de salud da lo mejor de sí para lograrlo.

Considerando todo esto, se han propuesto términos que sustituyan al de violencia obstétrica, sin reducir la gran importancia que tiene el tema. Por ejemplo, recientemente, Chervenak y cols. (2) propusieron el uso de maltrato obstétrico. Señalan que la expresión violencia obstétrica puede ser vista como bastante fuerte y cargada emocionalmente, lo que puede llevar a conceptos erróneos; podría interpretarse como un acto deliberado de violencia por parte del personal de salud, cuando el maltrato, podría ser el resultado de problemas institucionales, falta de capacitación o malentendidos en lugar de violencia intencional. Según los autores, el término maltrato obstétrico es más amplio y puede abarcar una mayor gama de comportamientos y acciones. Violencia, generalmente, se refiere al uso intencional de la fuerza física para causar daño o lesión a otra persona, mientras que maltrato

es un término más general y se refiere al abuso, daño o control ejercido sobre otra persona (como procedimientos médicos no consentidos, abuso verbal, la falta de respeto, la discriminación y la estigmatización, o el abandono, por citar algunos ejemplos). Puede haber casos en los que el personal no profesional pueda cometer maltrato y violencia contra las embarazadas, pero como la obstetricia se dedica a la salud y el bienestar de las gestantes, el maltrato a las pacientes obstétricas nunca debe ser un componente previsto de la atención obstétrica profesional.

Hay, sin embargo, un aspecto que se podría agregar en este contexto. Más que maltrato obstétrico, debería ser, maltrato ejercido contra la gestante. Es claro que la palabra obstétrica se utiliza por el hecho de que la mujer está embarazada, es decir, el embarazo es lo que le da la calidad de obstétrico, sin embargo, el término parece demasiado amplio, como si se generalizara a la profesión, a la especialidad. Es necesario que se reflexione sobre esto, se analicen los términos que se están utilizando, y, poco a poco se comience a crear conciencia de lo inadecuado del uso de la expresión violencia obstétrica. Así, el uso de maltrato ejercido contra la gestante, o alguno parecido, poco a poco, al menos en el ámbito profesional, no legal, vaya sustituyendo a la expresión violencia obstétrica.

Dicho esto, es menester insistir en que no se niega la existencia de tal maltrato. Es innegable que existen conductas inadecuadas, maltrato verbal y, en raras ocasiones, físico, desde todo

Correo de correspondencia: [mireyagonzalez@gmail.com](mailto:mireyagonzalez@gmail.com) / [rogvenezuela@gmail.com](mailto:rogvenezuela@gmail.com)

**Forma de citar este artículo:** González-Blanco M. Reflexiones sobre violencia obstétrica. Rev Obstet Ginecol Venez. 2024; 84(1): 1-3. DOI: 10.51288/00840103

punto de vista, injustificables, pero, uno de los aspectos que más llama la atención, y que ha sido motivo de grandes discusiones, es el incluir ciertos procedimientos médicos, como la cesárea, la episiotomía, la amniorraxis, la revisión uterina, como procedimientos categorizados como violencia obstétrica. Aquí hay, sin duda, un error en la interpretación de los hechos. La verdad, son procedimientos médicos utilizados a través del tiempo, cada uno con sus indicaciones, y técnica bien descrita, así como con ciertas condiciones para su aplicación. Por ello, es indispensable aclarar que lo que se considera maltrato, o violencia, según se vea, es el aplicar cualquiera de estas técnicas, sin obtener el consentimiento voluntario, plenamente informado, de la gestante.

Y aquí juegan un papel fundamente dos áreas que se deben considerar: la comunicación y la bioética.

Es frecuente entrevistar mujeres a quienes les han realizado una cesárea, por solo mencionar una de las tantas prácticas señaladas, y desconocen las razones, la indicación para tal procedimiento. Tal parece que la alegría que significa el nacimiento de un bebé hace que se olvide el hecho de que nadie dijo nada, solo que había que hacer la cesárea, sin explicar el porqué. La comunicación es un elemento básico de la interacción humana que permite a las personas establecer, mantener y mejorar el contacto con otros. En el campo de las ciencias de la salud, la comunicación es vista como una competencia básica para reconocer las manifestaciones clínicas del paciente, sus problemas y preocupaciones y se sabe que facilita la promoción de la salud y el apego al tratamiento. Sin la puesta en práctica de unas habilidades efectivas de comunicación, el personal de salud deja de ser buen profesional. Se destaca aquí, entonces, la relación médico paciente, que pasó de ser vertical, asimétrica, paternalista, a una relación horizontal, que toma en cuenta la opinión del paciente, que debe ser auténtica, responsable, empática, y regulada desde el punto de vista ético,

es decir, guiada por el principio de no maleficencia, y el de justicia (3).

Esto muestra la interrelación entre comunicación y bioética y la importancia de la inalienable autonomía de los pacientes, en general, y de la gestante, en el caso particular de la obstetricia, expresada bajo la forma del consentimiento informado (CI), documento que va mucho más allá de lo que se suele firmar al ingreso en muchos centros hospitalarios, en los que, en muy pocas líneas, el paciente, prácticamente, acepta todo lo que le hagan durante ese ingreso.

El CI es específico, para cada conducta médica que se aplique. Por ejemplo, una gestante ingresa para atención de parto y, previa explicación de sus condiciones, firma el CI para esa atención de parto. Si durante la evolución, requiere una cesárea, se deberá dar una nueva información a la gestante, con las explicaciones pertinentes, planteando las alternativas y riesgos de cada una de ellas, y la sugerencia, al mejor entender del profesional, para, nuevamente, obtener un CI que recoja la nueva situación.

En el año 2008, Uzcátegui y Toro (4) señalaron que la práctica médica exige del profesional de la medicina que, en forma individual o en conjunto con su equipo de trabajo, informe a los pacientes acerca de la naturaleza y las implicaciones que pudiera tener la práctica que se les va a realizar; la conveniencia de efectuarla; las diferentes opciones o vías que se emplean para ejecutar un determinado procedimiento; así como los posibles riesgos y las consecuencias que se derivan de tal práctica; el tratamiento que se le va a suministrar o aplicar y los posibles resultados favorables o adversos. Asimismo, en la historia clínica, el médico debe dejar constancia de esto, es decir, de haberle proporcionado al paciente esta información de forma clara, precisa y directa, a su vez, el paciente como una demostración de haberla recibido y

comprendido avala con su firma lo expuesto en la citada historia. En ese documento, las autoras describen las características que debe tener el CI.

Sin embargo, esto ocurre en muy raras ocasiones. Los profesionales de la medicina, y específicamente, los obstetras, confían en el documento firmado al ingreso del paciente, sin dejar constancia clara de las conductas particulares que se cumplen en cada caso. En muchas ocasiones, afortunadamente las más frecuentes, los profesionales de salud implicados en la atención obstétrica, se comunican, ofrecen un trato digno y empático a la gestante, explican las razones para determinadas conductas, pero restan importancia a la firma del documento escrito, que debe quedar asentado en la historia respectiva. La invitación es a reflexionar con relación a la importancia de la comunicación y la autonomía, elemento básico de la bioética en la relación médico paciente, pero también, sobre la legalidad que implica la obtención del documento firmado.

### **Sin conflictos de interés.**

### **REFERENCIAS**

1. Ley Orgánica de Reforma a la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [Internet]. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela 6667 (16 de diciembre de 2021) [consultado 10 de enero de 2024]. Disponible en: <http://www.tsj.gob.ve/gaceta-oficial>
2. Chervenak FA, McLeod-Sordjan R, Pollet SL, De Four Jones M, Gordon MR, Combs A, Bornstein E, Lewis D, Katz A, Warman A, Grünebaum A. Obstetric violence is a misnomer. *Am J Obstet Gynecol.* 2023;S0002-9378(23)00732-9. DOI: 10.1016/j.ajog.2023.10.003.
3. Uzcátegui O. El derecho de la mujer a elegir la vía del nacimiento. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet] 2011 [consultado 10 de enero de 2024];71(4):219-222. Disponible en: [https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2011\\_vol71\\_num4\\_2.pdf](https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2011_vol71_num4_2.pdf)
4. Uzcátegui O, Toro J. Consentimiento informado. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2008 [consultado 10 de enero de 2024];68(1):1-4. Disponible en: [https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2008\\_vol68\\_num1\\_2.pdf](https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2008_vol68_num1_2.pdf)