



**VNiVERSIDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Grado en Enfermería

TRABAJO DE FIN DE GRADO.

Trabajo de revisión bibliográfica sistemática

**“LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA DESDE
UNA PERSPECTIVA LEGAL.
RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA
DE LA ATENCIÓN A LA MUJER”**

Estudiante: Andrea Prieto Marcos

Tutora: M^a Pilar González Bárez

Salamanca, mayo de 2020

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVOS	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS	5
Estudios/Artículos.....	5
Marco legal.....	7
Marco teórico	7
SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	7
Marco normativo de los derechos de la mujer con relación a la violencia obstétrica en el sistema legislativo español.....	12
Recomendaciones para la mejora de la atención a la mujer.....	19
DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN.....	20
BIBLIOGRAFÍA.....	22
ANEXOS	26

RESUMEN

La violencia obstétrica es un término novedoso en nuestra sociedad. Nace de la necesidad de definir la apropiación de procesos fisiológicos de la mujer, el embarazo, parto y postparto, por parte del personal sanitario. De este modo se ha medicalizado y convertido en una patología. En consecuencia las mujeres han ido perdiendo la capacidad de decisión y su autonomía.

Este trabajo es una revisión bibliográfica sistemática en el que se pretende analizar e identificar la existencia del concepto de violencia obstétrica utilizando como herramienta la legislación vigente.

La recogida de datos se ha realizado mediante bases de datos tales como PubMed, Medline, MEDES, SCIELO, Instituto Nacional de Estadística y Google académico para la búsqueda de estudios. Para la revisión legislativa se ha utilizado, fundamentalmente, el Boletín Oficial del Estado.

Tras el análisis de los resultados obtenemos que en España existe un apoyo legislativo que protege a los pacientes y defiende su autonomía, así como documentación y protocolos actualizados de atención a la mujer durante el parto.

A pesar de ello concluimos con que no existe una Ley que brinde una protección específica a la mujer contra la violencia obstétrica sino un marco legal general que condena el concepto de general del mismo. Los protocolos asistenciales y recomendaciones, junto con el apoyo legislativo, proporcionan las herramientas básicas para poder brindar una atención de calidad.

Palabras clave: “violencia obstétrica”, “violencia”, “parto”, “autonomía”, “salud reproductiva”, “legislación”.

INTRODUCCIÓN

Según un artículo publicado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) el 19 de septiembre del 2019, la mortalidad materna sigue siendo muy elevada, muriendo diariamente en el planeta aproximadamente 830 mujeres ⁽¹⁾. La mortalidad materna y perinatal no es una preocupación de este siglo ni del pasado, esta lucha por su disminución nos ha acompañado a lo largo de la historia. En esta persecución de la medicina el parto ha pasado de ser un acto natural e íntimo que se daba en los hogares acompañadas, mayoritariamente, por otras mujeres, a ser un proceso clínico con excesivas intervenciones de por medio. Se ha convertido en un proceso patológico con necesidad inminente de control por los profesionales sanitarios. En consecuencia, la mujer ha ido perdiendo el dominio sobre su propio cuerpo y proceso, dejando el parto en manos de profesionales eliminando su autonomía, casi, en su totalidad.

El concepto de violencia obstétrica (VO) hoy en día es muy poco conocido. Los pioneros en definir este tipo de violencia de género han sido países como Venezuela, Argentina o México. En la *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (38668 de 23 /4/2007)*⁽²⁾ – Venezuela – queda definida la violencia obstétrica en el Artículo 15 del Capítulo III (Definición y formas de violencia contra las mujeres) 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”*⁽²⁾.

“El Parto es Nuestro”⁽³⁾ es una asociación feminista que defiende los derechos de la mujer durante el embarazo, parto y postparto en España con el fin de mejorar la atención a dichos procesos. Esta asociación nace en 2003 a raíz de declaraciones de mujeres sobre malos tratos recibidos en el parto.

La OMS respalda que todas las mujeres tienen el derecho a recibir el más alto nivel de cuidados de salud, incluyendo una atención digna y respetuosa durante el embarazo, parto y puerperio, así como el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

Podemos considerar el concepto de violencia obstétrica como una vulneración de los Derechos Humanos, de los Derechos del Niño, así como de varias leyes estatales incluido nuestro Código Deontológico.

Teniendo en cuenta la legislación española podemos considerar que la violencia obstétrica vulnera una ley fundamental: Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁽⁴⁾. En nuestro país esta Ley garantiza el cumplimiento de los derechos fundamentales del paciente, que en nuestro caso es la mujer. En el Art. 1 indica que es de obligatorio cumplimiento en los centros y servicios sanitarios tanto públicos como privados. Podemos considerarla como la más importante, junto con el Código Deontológico de la Enfermería, puesto que la definición de VO hace hincapié en la “*pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpo*”. Uno de los motivos expuestos es “preservar la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina)”.

Otro motivo de la formulación de la Ley 14/2002⁽⁴⁾ a destacar es la “voluntad de humanización de los servicios sanitarios”, que relacionándolo al tema que nos compete sería el llamado “parto humanizado”.

Hasta ahora se ha hablado de tratados y marcos legales, pero ¿qué ocurre con la ética? ¿es ético permitir que se sigan dando estas actuaciones? Siendo el Código Deontológico de la Enfermería Española la “*guía para resolver los problemas éticos que el ejercicio de nuestra profesión pueda plantear*”⁽⁵⁾ se puede indagar y observar como en la mayoría de los Capítulos existen Artículos que pueden llevarse al terreno de la VO ¿Podría decirse que la enfermería está incumpliendo su Código Deontológico?

Tener en cuenta el marco legal es hacer real y crear conciencia de la existencia de este tipo de violencia, es una manera de justificar por qué debe de ser identificada y erradicarla. Dejar de normalizar la VO no es solo una necesidad sino también una obligación. El marco teórico nos invita a reflexionar acerca de qué atención se está proporcionando a las mujeres sobre esta etapa de su vida la cual debería ser íntima, natural y respetada.

Aunque existan asociaciones que busquen ese reconocimiento, la enfermería tiene la responsabilidad de saber por qué está realizando cualquier tipo de procedimiento, basado en la evidencia científica y velar porque se esté cumpliendo en todo momento la legislación vigente. Por ello vamos a identificar qué leyes protegen a la mujer de dicha violencia, no solo para mejorar la atención a la mujer sino también como mecanismo de defensa ante posibles sanciones.

En 2007 en España se elabora la “**Estrategia de Atención al Parto Normal**” (EAPN)⁽⁶⁾ con el objetivo de proporcionar la mejor atención al parto basada en la evidencia científica pudiendo así eliminar aquellas prácticas que sean innecesarias, y que por tanto se considerarían violencia obstétrica, así como poder incluir nuevas de utilidad para la mujer. Volvemos a encontrar referencia a *“la importancia de promover la participación informada de las mujeres en todo el proceso y en la toma de decisiones sobre las prácticas clínicas que se le apliquen”*.

Entre las razones para la elaboración de la EAPN encontramos que existían, ya por el 2007, *“organizaciones de mujeres reivindicando el derecho a parir con respeto a la intimidad, participando en las decisiones, y en las mejores condiciones para ellas y las criaturas”*⁽⁶⁾. Las prácticas clínicas más abordadas y que nos plantea la VO (recogidas en EAPN) son: rasurado de periné, enema, acompañamiento (apoyo intraparto), restricciones de deambulaci3n, tactos vaginales innecesarios, entorno hostil, amniotomía, oxitocina sintética, ayuno prolongado, manejo inadecuado del dolor, postura de litotomía impuesta, utilizaci3n de instrumental sin indicaci3n de patología, no respetar los tiempos de duraci3n del periodo expulsivo, cesáreas, interrupci3n del contacto precoz de la madre con el recién nacido, realizar procedimientos injustificados al recién nacido (aspiraciones, comprobaci3n de la permeabilidad de coanas, esófago y ano).

En este trabajo, igual que en el EAPN, nos centramos en la atención al parto aunque el concepto englobe la atención tanto prenatal como puerperal. Realizaremos un análisis y asociaci3n entre el concepto de violencia obstétrica y la legislación vigente en España, así como una breve descripci3n de las recomendaciones que proporcionen una calidad asistencial adecuada.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar e identificar la existencia del concepto de violencia obstétrica utilizando como herramienta la legislación vigente.

Objetivos específicos

- Describir la legislación vigente que protege a la mujer de la violencia obstétrica.
- Describir las recomendaciones para la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio inmediato.
- Fomentar la reflexión acerca de la relación entre el marco legal y la práctica clínica.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS

La revisión bibliográfica sistematizada se ha llevado a cabo mediante la búsqueda de información dividida fundamentalmente en tres sectores.

En primer lugar se realizó una búsqueda de la definición de “violencia obstétrica” así como un acercamiento a dicho concepto mediante la visualización de 3 documentales (“*Renacimiento del parto*”)⁽⁷⁾. A partir de esta primera toma de contacto se organizó qué tipo de información era necesaria para el marco legal y teórico así como estudios, artículos, y datos cuantitativos.

Estudios/Artículos

Para la búsqueda de artículos y estudios se establecieron las palabra clave “violencia obstétrica” “obstetric violence” “obstetricia” “parto” “violencia”, se buscaron Descriptores en ciencias de la salud (DECS) sin ser encontrado ningún descriptor para “violencia obstétrica” y siendo los Medical Subject Headings (MeSH) “Obstetrics”, “Delivery” y “violence” respectivamente.

Como criterio de inclusión para la selección de estudios se utilizó: Violencia ejercida sobre la mujer por parte de una institución sanitaria.

Los criterios de exclusión fueron aquellos que no cumplían los criterios de inclusión mencionados.

Las bases de datos utilizadas han sido: PubMed, Medline, MEDES, SCIELO, Instituto Nacional de Estadística y Google académico.

A través de Google Académico se han seleccionado 4 artículos de los obtenidos con las palabras clave “violencia obstétrica” OR “obstetric violence”.

En PubMed la estrategia de búsqueda realizada ha sido mediante las palabras clave “delivery” AND “violence” utilizando como filtros: Bibliografía, Libros y documentos, Estudio clínico, ensayo clínico, estudio comparativo, estudio de evaluación, libros y documentos, revisión, texto completo, publicado en los últimos 10 años. (Anexo 1). Se obtuvieron 63 artículos de los cuales se seleccionaron 5 artículos por título.

Se realiza segunda búsqueda con los mismos filtros (PubMed) utilizando los MeSH “obstetrics” AND “violence” obteniendo 450 artículos. En la selección de los mismos se priorizan aquellos que pertenezcan a Europa y/o América. Tras la lectura de los títulos se seleccionan 15.

Tras la lectura de los resúmenes se descartan 10 estudios/artículo siendo utilizados 5 para la revisión.

En Medline se obtuvieron 24 artículos rechazados por el título por no cumplir el criterio de inclusión con las palabras clave “parto” AND “violencia” puesto que no se encontraron resultados con los MeSH no se obtuvieron resultados.

De la base de dato SCIELO fueron seleccionados por título y criterios de inclusión 3 y descartado 1 tras lectura completa por falta de información que no estuviese incluida anteriormente.

En MEDES con las palabras clave anteriormente descritas se obtiene como resultado 4 artículos de los cuales ha sido seleccionado 1 por la posibilidad de acceso al texto completo. (anexo 2).

Marco legal

Para recogida de legislación estatal e internacional las palabras clave elegidas han sido “Salud reproductiva”, “violencia”, “género”, “violencia obstétrica”, “autonomía”, “consentimiento”. Estas palabras han sido utilizadas para encontrar leyes ya conocidas así como la búsqueda de desconocidas.

Las leyes estatales han sido consultadas en el Boletín Oficial del Estado (BOE). De la lectura del BOE y de las leyes nacionales de interés para el tema de trabajo se ha encontrado la legislación de ámbito internacional.

La búsqueda de documentos como la “Declaración Universal de los Derechos Humanos”, los “Derechos del Niño” han sido consultados directamente a través de “Google Académico”.

Marco teórico

La recogida de recomendaciones y guías asistenciales se ha realizado mediante las plataformas de la OMS, Sacyl, SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). Para ello se utilizaron las palabras clave: “pregnancy/embarazo”, “childbirth/nacimiento”, “parto”, “salud reproductiva”.

También se ha buscado información en la página web de la asociación “El Parto es Nuestro”.

Finalmente se seleccionaron como documentos el “Plan Estratégico de Atención al Parto” e “Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud” y “Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn Care: A guide for essential practice”.

SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La selección final de estudios para el posterior análisis del contenido se ha realizado en base a aquellos que proporcionan soporte teórico a la violencia obstétrica (aquellos con el objetivo principal de identificar las formas de dicha violencia), los que recogiesen perspectivas de las mujeres que han sido atendidas y por otro lado perspectivas de los profesionales.

No se ha realizado una selección amplia de estudios puesto que son utilizados como apoyo del marco teórico y legal, como orientación a las conclusiones y para remarcar el impacto de la violencia obstétrica sin ser el centro la revisión bibliográfica.

En el estudio *“Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica”*⁽⁸⁾ se realiza una revisión de las conductas que constituyen algún acto de violencia según la Ley regulada en Venezuela. Se utiliza como instrumento de recogida de datos una encuesta de respuestas cerradas con el objetivo de determinar cuáles son las técnicas rutinarias que se engloban dentro de la VO más utilizadas. Por orden descendente obtuvieron: utilización de citostáticos, episiotomía, estimulación de los pezones (para aumentar la contractibilidad uterina durante el periodo de alumbramiento) y revisión obstétrica como proceso rutinario. En la discusión defienden que se siguen practicando procedimientos de rutina sin existir evidencia científica de su beneficio además de estar recogidos como VO en la ley correspondiente.

En la *“Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería”*⁽⁹⁾ se defiende la necesidad de plantearse el trato ofrecido por el personal de enfermería a las mujeres durante la atención al parto. Los resultados obtenidos indican que la mayoría de las mujeres (64%) perciben el trato recibido como bueno y un 18% lo definen como excelente. En relación al concepto de trato digno un 60% refieren conocer el término pero, de ese porcentaje, más del 30% no responde correctamente al significado. En la identificación del trato digno más del 60% no conoce los derechos que tienen como paciente, haciendo esto complicado la identificación de los tratos vejatorios o de mala calidad. Un 58% de las mujeres refieren que las enfermeras no se presentaron y un 57% que no se les proporcionó intimidad.

Según el *“Estudio de asociación entre variables sociodemográficas y el tipo de parto en la prevención de la violencia obstétrica en España”*⁽¹⁰⁾ se realizan más cesáreas en mujeres con nivel de estudios más alto, siendo también mujeres más mayores (retraso de la maternidad). Respecto a la variable trabajo, las mujeres pertenecientes a las fuerzas armadas tienen el mayor porcentaje de cesáreas. El parto normal se da más en estudiantes. Defienden que las variables sociodemográficas son útiles de cara al

preparatorio de las mujeres y que el personal sanitario debe tener en cuenta las características de las mujeres durante el seguimiento del embarazo.

Tras la investigación, en el estudio “*¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan*”⁽¹¹⁾ de la calidad que han percibido las mujeres sobre aspectos humanos y técnicos de los cuidados recibidos durante la atención al parto se obtuvo que: casi el 50% de las mujeres no les solicitaron el consentimiento en cada técnica, un porcentaje similar afirman no haber tenido la oportunidad de expresar dudas, 38% percibieron que les realizaron procedimientos innecesarios y un 34% identificaron haber padecido violencia obstétrica. Los procedimientos que más se han dado por orden descendente han sido: utilización de oxitocina sintética, impedimento para deambular, episiotomía, separación del recién nacido de la madre, amniotomía y maniobra de Kristeller. Alrededor del 60% de la mujeres no recibieron explicaciones sobre la necesidad de realizarlas y piensan que el apoyo institucional no es suficiente. Este estudio defiende que las actuaciones violentan la Ley 41/2002⁽⁴⁾ y que la matrona es un pilar fundamental para mejorar estos aspectos proporcionando atención continuada durante la gestación, parto y postparto.

El estudio “*Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression*”⁽¹²⁾ concluye con que la violencia institucional que reciben las mujeres durante el parto está relacionada positivamente con la aparición de depresión post-parto. Invita a la reflexión y modificación de los protocolos para humanizar el parto.

Savage Virginia y Arachu Castro en “*Medición del maltrato de mujeres durante el parto: una revisión de la terminología y los enfoques metodológicos*”⁽¹³⁾ expresan que a pesar de la existencia de términos referentes a la violencia obstétrica, las actuaciones que la engloban siguen sin estar definidas en todos los países. Este término es utilizado mayoritariamente en América Latina. Todas las tipologías coinciden en varios puntos como la medicalización del proceso natural y la vulneración de los derechos de la mujer. Existe una discusión acerca de cómo medir el maltrato. Como resultado se obtiene que las investigaciones deben ser integrales y dedicar tiempo y recursos, incorporar varias metodologías y perspectivas para evitar sesgos en la recogida de información (subjetividad) y por tanto en la obtención de los resultados.

En *“Más allá de la medición: los impulsores de la falta de respeto y el abuso en la atención obstétrica”*⁽¹⁴⁾ se plantea cuáles son las causas de dicha violencia, incluyendo los aspectos sociales, con el objetivo de actuar frente a ellas. Coincide con el artículo anterior en la falta de herramientas para la medición. La diversidad de las partes interesadas (desde activistas hasta profesionales de la salud) proporciona un campo de estudio que abarca un concepto muy heterogéneo y subjetivo. La falta de respeto está motivada por la desigualdad de género, por desigualdades socioeconómicas, juicios morales acerca del “buen o mal paciente”, entornos que favorecen el distanciamiento social, etc. Defiende que el aprendizaje profesional debe incluir una perspectiva de género y desigualdades sociales para evitar los prejuicios y reforzar la ética y responsabilidad.

En *“Heridas invisibles: violencia obstétrica en los Estados Unidos”*⁽¹⁵⁾ realizado por Farah Díaz-Tello (2016) se refleja que los profesionales utilizan la protección del recién nacido como justificación de la medicalización del parto y demás prácticas de VO. Este argumento es utilizado también como herramienta para lograr la sumisión de la mujer. Acusa a los sanitarios de no respetar las leyes existentes buscando “excusas” dejando a la mujer como ciudadana de segunda clase a ojos de la ley. Expone que la jurisprudencia no quiere hacer real este problema y rechaza la existencia del mismo justificándose con la existencia del derecho fundamental a la autonomía del cuerpo. Apoya la necesidad de una ley dónde quede reflejada la VO para garantizar una atención de calidad. La ley sería una muestra de la existencia de ésta y reflejaría las consecuencias de realizar prácticas abusivas e irrespetuosas.

La violencia obstétrica y la relación de poder ejercida entre personal sanitario y mujer es paralela a la hegemonía del hombre sobre la mujer en la sociedad según el *“Maltrato de mujeres en el parto: es hora de actuar en esta importante dimensión de la violencia contra las mujeres”*⁽¹⁶⁾, realizado por Jewkes, Rachel y Loveday Penn-Kekana. El resultado de ambas es una “posición subordinada de la mujer” en este caso en la atención al parto y apropiación del personal sanitario de su cuerpo. La violencia obstétrica abarca varias dimensiones: violencia (física y verbal) y la atención denigrante en relación a recursos. Estos autores también abogan por una necesidad de “redacción de la definición con el maltrato intencional como centro del escenario”. La prevención debe realizarse a través de distintos niveles: perspectiva política

(asignación de recursos y legislación de apoyo), educación en la equidad de género y hacer partícipes a los profesionales de la reflexión.

Maria Raquel Pozzio⁽¹⁷⁾ recoge el punto de vista de los especialistas, en México, acerca de la violencia obstétrica y el parto humanizado para comprender las contradicciones y paradojas que sufren, en concreto, las doctoras ante la situación. Testimonios que dicen que no hay que ir en contra de los obstetras sino hacerles ver la realidad y convencerles para que ellos promuevan el cambio y no solo atacarles y poner en duda sus conocimientos. Existen posturas más abiertas de aquellos que están dispuestos a aprender y actualizar sus conocimientos para conseguir el proceso de humanización. La postura contraria, de resistencia, es de aquellos que muestran un total desinterés e incluso profesionales que realizan ponencias en conferencias ridiculizando las recomendaciones de la OMS. Las posturas intermedias de obstetras que opinan que puede no ser correcto lo que hacen pero que tampoco es “inhumano” sino que ellos forman parte de un sistema que engloba la VO.

Los participantes del estudio “*Physicians’ perception of the dimensions of obstetric and/or institutional violence*”⁽¹⁸⁾, realizado por Maristela Muller Sens y Ana Maria Nunes de Faria Stamm, han sido profesionales de un centro obstétrico público de atención a la maternidad en Brasil. El 59% de la muestra eran mujeres de las cuales solo 2 habían tenido parto vaginal. La recogida de datos se realiza mediante entrevista obteniendo que: todos conocían el término de violencia obstétrica, pero piensan que, aunque existan actitudes no apropiadas no debería llamarse violencia y mostrando incomodidad ante el término. Participantes que creen que esta violencia puede ser influencia por las condiciones en las que trabajan los profesionales que repercuten en la manera de tratar a las mujeres. También creen que cuando se ataca a los médicos por no realizar buenas prácticas pero que en el momento que algo sale mal los culpables también son ellos.

Isaiane da-Silva-Carvalho, Rosineide Santana-Brito en su estudio “*Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal*”⁽¹⁹⁾ realizado en Brasil tiene como objetivo la identificación de las diferentes formas de VO. Recogen el testimonio de las mujeres acerca de la violencia verbal (la mayoría durante el parto) y actitudes recibidas. En conjunto: críticas a los gritos y gemidos (“si continúa gritando la dejo sola”), amenazas, sintiéndose intimidadas, obligación de

mantenerse en una postura concreta (“El médico, con gritos, empujones e ignorancia, me dijo que estuviera quieta y abriera las piernas, de lo contrario podría machacar al niño.”).

MARCO NORMATIVO DE LOS DERECHOS DE LA MUJER CON RELACIÓN A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA LEGISLATIVO ESPAÑOL

Vamos a desglosar y relacionar el concepto de violencia obstétrica con las Declaraciones y Leyes consideradas más relevantes.

En el ámbito internacional, si analizamos la Declaración de los Derechos Humanos y otras declaraciones internacionales, a la vez que se tiene en cuenta la definición de la violencia obstétrica, podemos observar lo siguiente:

Atenta contra el Art. 1 sobre la dignidad de las personas y el Art. 5 que indica que “*nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes*” de la **Declaración de los Derechos Humanos**⁽²⁰⁾.

Dentro de la normativa europea en la **Resolución del Parlamento Europeo, del 1 de marzo de 2018, sobre la situaciones de los derechos fundamentales en la Unión en 2016**⁽²¹⁾, concretamente en el *apartado B*, la Unión Europea se basa fundamentalmente en los valores de respeto y dignidad. También nombrados en el Tratado de la Unión Europea (2010)⁽²²⁾: “*La Unión se fundamenta en los valores de respeto de la dignidad humana, libertad, democracia, igualdad, Estado de Derecho y respeto de los derechos humanos*”(Art. 2).

Siguiendo con el Art. 3 del **Tratado de la Unión Europea**⁽²²⁾ se hace mención a que “*la Unión combatirá la exclusión social y la discriminación y fomentará la justicia y la protección sociales, la igualdad entre mujeres y hombres, la solidaridad entre las generaciones y la protección de los derechos del niño*”.

En esta resolución también encontramos el Art. 77: “*Constata que la salud sexual y reproductiva de las mujeres está relacionada con una multiplicidad de derechos humanos, incluidos el derecho a la vida, el derecho a no sufrir tortura, el derecho a la salud, a la intimidad y a la educación, y la prohibición de la discriminación*. En el Artículo siguiente (Art.78) se pide a la Unión y a los Estados miembros reconocer el

derecho fundamental al acceso universal de cuidados preventivos⁽²¹⁾. Aquí la enfermería tiene un papel fundamental pues en esto se fundamenta la prevención 1ª definida como “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, Colimón, 1978)⁽²³⁾.

La violencia obstétrica también contempla al nacido como coprotagonista, según la **Declaración de los Derechos del Niño**⁽²⁴⁾(Ley internacional de carácter obligatorio para todos los Estados que la firman) se puede interpretar que se violentan varios artículos que velan porque “el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de estos” (Art. 9) que “ningún niño sea sometido a torturas ni otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes” (Art.37). También menciona la adopción de medidas “para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente” (Art. 19) que nos lleva a preguntarnos cómo son las técnicas que realizamos a los recién nacidos en su primera toma de contacto con el mundo. También se menciona en esta declaración que se debe “asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres” (Art. 24.2.d) y que “los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños (Art.24.3).

Teniendo en cuenta la definición de VO como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud”⁽²⁾ se interpreta como consecuencia de una pérdida de autonomía de la mujer. Por ello, analizamos la **Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente**⁽⁴⁾, y qué artículos estarían siendo vulnerados relacionándolos con nuestro tema de interés.

En el Capítulo II sobre el derecho a la *información sanitaria* queda reflejado que “los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma” (Art. 1) y que esa información clínica debe ser verdadera y comunicada de manera comprensible e individualizada (Art.2) para que así, en este caso, la mujer pueda decidir acerca de qué cuidados quiere recibir. Por ello, toda aquella información que se le oculte o que se manipule para conseguir una sumisión por parte de la mujer estaría en contra de esta ley. Según testimonios de mujeres brasileñas, expresadas en el documental “El renacimiento del parto”, durante su embarazo los obstetras manipulaban la

información que se les proporcionaba para convencerles de que la cesárea era la mejor opción sin evidencia.

En el Capítulo III sobre el *derecho a la intimidad* no se habla acerca de la intimidad propia del ser humano sino a la manipulación de datos clínicos.

El respeto a la *autonomía* del paciente se encuentra recogida en el Capítulo IV de esta ley haciendo referencia al consentimiento informado y a sus límites en los Artículos 8 y 9 respectivamente. En ellas queda especificado que todas las actuaciones necesitan de un consentimiento libre y voluntario tras haberle proporcionado la información necesaria. Este consentimiento puede ser verbal por lo que durante el trabajo de parto o exploraciones se debe informar y preguntar a la mujer si quiere que se le realice dicha intervención (ej. Maniobra de Kristeller, episiotomía de rutina, maniobra de Hamilton). Realizar las técnicas y procedimientos sin su consentimiento sólo queda justificado en el caso de suponer un riesgo para la salud pública o riesgo grave para la integridad física o psíquica (Art. 9.2.).

Llegados a este punto nos puede surgir la duda acerca de si las técnicas, que se realizan sin consentimiento durante el proceso de parto, se hacen realmente porque corre riesgo la mujer/recién nacido o por conveniencia del personal sanitario.

Con la intención de alejarse de la medicalización del parto algunas mujeres buscan centros donde poder seguir su embarazo y tener un parto humanizado y respetado teniendo ese derecho dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) según el Art.12.1. de esta Ley⁽⁴⁾, en el que dice que *“tendrán derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos”*. Por lo tanto, ¿significa esto que tenemos la obligación de proporcionar esta información?

Siendo esta una Ley estatal que refuerza el Artículo 1 de la Declaración de los Derechos Humanos sobre la dignidad humana, aplicada al ámbito sanitario. También nos es de utilidad para nuestro tema el Art.2.2. que dice que *“toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada”*⁽²⁰⁾.

El embarazo, parto y puerperio son parte de la salud reproductiva de la mujer. En España tenemos la **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**⁽²⁵⁾.

En el preámbulo de esta se menciona la importancia acerca de la decisión de tener hijos y cuándo tenerlos pero ¿cómo tenerlos? A pesar de denominarse de “salud sexual y reproductiva” no habla de la protección de la mujer y del recién nacido una vez se ha dicho “sí” a la maternidad.

Paradójicamente si menciona en este mismo preámbulo que *“los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia”* (Plataforma de Acción de Beijing acordada en la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la mujer celebrada en 1995) pero no se menciona nada acerca de la violencia ejercida sobre la mujer en el embarazo y parto.

También cabe remarcar que en el Art.2.c. de las disposiciones generales se define la salud reproductiva como *“la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de la persona”* sin hacer referencia al proceso completo de la reproducción.

Pero, por otro lado, en el Art.7 sobre la *atención a la salud sexual y reproductiva* (Capítulo II) si se menciona en 7.c) que se debe garantizar por parte de los servicios públicos *“la provisión de servicios de calidad para atender a las mujeres y a las parejas durante el embarazo, el parto y el puerperio”* sin especificar cuáles son esos servicios de calidad.

Si bien hemos dicho que la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género nos disponemos a desglosar la **Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**⁽²⁶⁾, encontrando en primer lugar que la VO no se ve reflejada en ella.

Considerando la definición de violencia hacia la mujer de la Declaración de las Naciones Unidas (1993) como: *“cualquier acto de violencia basado en el género que posiblemente resulte en daños o sufrimientos físicos, sexuales o psicológicos de la mujer, incluyendo amenazas de cometer dichos actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea en la vida pública o privada”* podemos considerar que violencia

obstétrica es un tipo de violencia de género. A pesar de ello en la Ley Orgánica 1/2004⁽²⁶⁾ no encontramos ningún tipo de mención a la misma.

En el Art. 1.3 (*Objeto de la ley*) se refiere a la violencia de género como “*todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad*”. Podríamos incluir entonces aquí nuestro tipo de violencia (VO) si no fuese por el Art.1.1. que refleja ser objetivo actuar exclusivamente sobre “*las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia*”.

Hoy la violencia de género se considera solo la que define esta Ley sino que, gracias al movimiento feminista y su actual auge se ha sabido que la violencia de género, es toda aquella que se ejerce sobre la mujer por el hecho de serlo (sin tener que ser ejercida por un hombre con vinculación sentimental). Podemos pensar que esto se debe a la antigüedad de la Ley pero, teniendo en cuenta que el primer país en definir la violencia obstétrica lo realizó tan solo 3 años después, podemos considerar que ha habido tiempo suficiente para reformarla e incluir novedades como es la violencia obstétrica.

Única ley encontrada que hace mención de la maternidad y lo hace desde el ámbito social y no sanitario es la **Ley 6/2009, de 30 de junio, de protección a la maternidad**⁽²⁷⁾ de la Comunitat Valenciana. En el Art. 1 refiere tener como objeto “*garantizar y proteger el derecho de la mujer gestante*” dotando de “*medios necesarios de carácter social, jurídico, educativo, sanitario o asistencial que permitan conseguir esa finalidad*”. En el ámbito de aplicación (Art. 2) encontramos que “*las disposiciones previstas en la ley serán aplicables a las administraciones que preste servicios sociales o sanitarios*” pero no se vuelve a hablar del ámbito sanitario.

Esta ley fue derogada en el 2017 porque se consideró “*absolutamente innecesario el mantenimiento de una ley que constituye una discriminación y una tutorización de las decisiones de las mujeres, que es impropio de un gobierno democrático y respetuoso con las libertades individuales y colectivas*”⁽²⁸⁾.

No podía faltar el **Código Deontológico de la Enfermería Española**⁽⁵⁾ que nos invita a recordar y tener presentes los valores que dirigen nuestras actuaciones.

Como se indica en el prólogo este Código es “*un instrumento eficaz para aplicar las reglas generales de la ética al trabajo profesional*” ⁽⁵⁾. Las actuaciones que violentan los derechos y la dignidad de las mujeres tienen mucho que ver con la ética y la moralidad de la enfermería.

Es de obligado cumplimiento y “*cualquier vulneración conlleva la exigencia de responsabilidades disciplinarias*” que se describirán más adelante. No solo estamos obligadas a cumplirlo sino también a “*denunciar las actitudes negativas que se observe hacia el paciente en cualquiera de los miembros del equipo de salud. No puede ser cómplice*”. (Art. 61) ⁽⁵⁾.

A continuación, vamos a analizar cuáles serían los artículos de nuestro Código Deontológico que se vulnerarían la violencia obstétrica. Ésta podría estar incluida hasta en 20 artículos, se va a profundizar en aquellos cuyo contenido no haya sido mencionado anteriormente.

En el Capítulo II, acerca de los deberes de enfermería, se vulneran 5 artículos. Los Art. 5 y 6 respectivamente: “*Proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes*” y “*respetar la libertad del paciente a elegir y controlar la atención que se le preste*”. La importancia recae en la palabra *control*, puesto que la VO tiene como característica que los profesionales no adueñamos del control del cuerpo y del proceso de la mujer.

Los siguientes 3 Artículos (7,9 y 10) se complementan con la Ley 41/2002⁽⁴⁾, sobre la autonomía del paciente, pues tratan el consentimiento y la información que debe recibir. Destacamos como novedad el Art. 9 que dice: “*la enfermera/o nunca empleará, ni consentirá que otros empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible*”. Toda la información manipulada que se le ofrezca a la mujer o que se le oculte para obtener su consentimiento (ej. administración de oxitocina sintética, realización de maniobras para acelerar el trabajo de parto sin fundamento clínico claro), tendrá consecuencias para nuestra profesión con las sanciones correspondientes a la gravedad. Este argumento también queda reforzado con el Art. 47 (Cap. IX): “*rechazar enérgicamente cualquier tipo de presiones que*

puedan ejercérselos, con la finalidad de utilizar o manipular sus conocimientos o habilidades en perjuicio de los seres humanos”.

“Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo” (Art. 10) podemos decir que se debería informar a la mujer de todas las opciones y alternativas que existen durante el proceso de gestació.

En la misma línea sobre la promoción de la salud y calidad de atención encontramos el Art. 33. Es competencia de enfermería informar a la mujer acerca de las novedades (con evidencia científica) que puedan mejorar el curso del embarazo, así como el parto para que ella pueda elegir a partir de las opciones proporcionadas. Para ello se debe estar actualizado de manera constante para aumentar el nivel de salud y prevenir una pérdida de esta (Art.60) e *“investigar sistemáticamente, en el campo de su actividad profesional, con el fin de mejorar los cuidados de Enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional”.*

El Art. 34 sobre el reparto de los recursos disponibles nos invita a reflexionar sobre qué recursos dispone cada Comunidad Autónoma para ofrecer y si son equitativas.

Sobre los Derechos del Niño contemplados en el Capítulo VII queda resumido en el Art. 38 que todas las enfermeras deben salvaguardarlos.

En la infracción de los deberes profesionales del Código Deontológico conlleva medidas disciplinarias. Son consideradas faltas muy graves (Art. 19.a)⁽²⁹⁾ *“actos y omisiones”* de éste. Esto nos puede suponer la aplicación de sanciones (Art.20.1) como *“suspensión de la condición de colegiado y del ejercicio profesional por plazo de 3 meses y no mayor de 1 años, inhabilitación para el desempeño de cargos colegiales directivos de 1 a 10 años o expulsión del Colegio que lleva consigo la inhabilitación para incorporarse a otro por plazo no superior a 6 años”.*

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN A LA MUJER

Una manera de evitar la violencia obstétrica y la mala praxis es actualizar nuestros conocimientos y adaptarnos a los progresos para proporcionar unos cuidados y atención de calidad. Por ello se ha querido recoger en este trabajo ciertas recomendaciones para poder llevarla a cabo.

Se va a describir fundamentalmente cuáles son las practicas clínicas recomendadas por el **EAPN** (Estrategia de Atención al Parto Normal) publicado en 2007 por el Ministerio de Sanidad y Consumo creadas con el objetivo general de “*potenciar la atención al parto normal*”⁽⁶⁾, y objetivos específicos como “*promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento posible*” o “*incorporar la participación activa de las gestantes en la toma de decisiones informadas para que sean y se sientan protagonistas del parto*”⁽⁶⁾.

En diciembre del 2012 fue publicado el “***Informe sobre la Atención al parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud***”⁽³⁰⁾ en el que se hace una evaluación de la EAPN, realizando un estudio acerca de la inclusión de dichas recomendaciones en los protocolos del Sistema Nacional de Salud. En él se recogen: las prácticas analizadas, las recomendaciones y justificación de estas, así como los resultados obtenidos en relación con el porcentaje de protocolos que incluyen la recomendación y/o realización de la técnica (en comparación con el resultado deseado). Ver ***Tabla 1. Resumen de los resultados del estudio de evaluación EAPN.***

El resumen de los resultados obtenidos es que la mayoría de los protocolos revisados incluyen las recomendaciones de EAPN sin superar ninguna recomendación el 90%. Las practicas clínicas y procedimientos realizados en relación con su indicador de recomendación reflejan como algunas se realizan en exceso de lo recomendado (posición de litotomía, episiotomía, maniobra de Kristeller, amniotomía) y otras que se realizan por debajo de lo deseado como el método piel con piel.

En la EAPN se describen diecisiete recomendaciones para promover la participación de las mujeres en la toma de decisiones durante el parto algunas recogidas en el **ANEXO 3. Recomendaciones más destacadas de EAPN sobre la Participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones**⁽⁶⁾. Muchas de ellas coinciden con las

expuestas **“Principios de los buenos cuidados”** (*“Principles of good care”*⁽³¹⁾). Indican que clave de la calidad asistencial se encuentra en comunicación, la privacidad y confidencialidad, promoción y recomendación de medidas preventivas correspondientes.

En relación a la comunicación, hacia la mujer y su acompañante, recomienda: hacer que se sientan bienvenidos, ser amables, respetuosos y no juzgar, utilizar un lenguaje claro, fomentar que hagan las preguntas, dudas e incertidumbres, apoyarla en sus decisiones, pedir el consentimiento ante cualquier procedimiento.

Todas estas actuaciones no son solo recomendaciones sino también obligaciones para el personal sanitario según dicta la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente⁽⁴⁾ ya nombrado y desglosada anteriormente.

También encontramos recomendaciones estándar para mantener la asepsia tanto del personal como del lugar en el que van a ser atendidas las mujeres.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN

Una vez analizado el marco legal en el que nos encontramos sumergidos podemos concluir que, a pesar de que en España no existe una ley específica que la condene, tenemos una legislación y estrategias de intervención suficientes como para proporcionar unos cuidados y atención alejados de la violencia obstétrica. Es decir, poseemos una legislación que protege al paciente general de tratos violentos y que promueve su autonomía y protección, pero no existe una ley específica que proteja a la mujer en particular de la violencia obstétrica. La enfermería debe luchar y defender los derechos de quienes cuidamos y atendemos.

La bibliografía española sobre VO es escasa, la mayoría de los estudios han sido realizados en américa latina o en países en vías de desarrollo, eso muestra de que en nuestro país sigue siendo un tema poco tratado e investigado por los profesionales sanitarios.

Tanto el desconocimiento sobre este tipo de violencia y que no esté correctamente definida hacen que no se materialice y que, en consecuencia, sea complicado realizar estrategias para la prevención y manejo de la misma.

Asociaciones como “*El Parto es Nuestro*” que están proporcionando herramientas a las mujeres para proteger su autonomía, realizando indirectamente promoción de la salud y prevención de los actos abusivos que compete la enfermería. Recogen estadísticas y datos sobre las intervenciones más realizadas en los hospitales (públicos y privados) en cuestión de cesáreas, cesáreas programadas, partos eutócicos, partos eutócicos tras cesáreas, utilización de oxitocina sintética, etc., que pueden servir a la mujer para informarse, así como para tomar mejores decisiones para ella y su embarazo consiguiendo que cree su propia opinión objetiva. Esto invita a reflexionar sobre que el nacimiento de estas asociaciones viene marcado por la necesidad de dotar a la mujer de todo aquello que el sistema sanitario no está haciendo y que debería.

Como conclusión añadida obtenemos que debemos de tener conocimientos del marco legal en el que nos encontramos. Esto es útil para poder trabajar según nos marca la ley y poder protegernos ante cualquier posible demanda.

El conocimiento de la ley también nos sirve para identificar y denunciar todos aquellos actos y prácticas que no estén de acuerdo con ella. De esta manera no seremos cómplices del incumplimiento de esta.

Por tanto, sacamos como conclusión principal que, conociendo el marco legal que nos sustenta junto con las recomendaciones, basadas en la evidencia científica, se puede extraer el concepto de la violencia obstétrica y aplicarla a la misma, siendo útil para la protección del personal (responsabilidad legal), para evitarla y eliminarla de la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mortalidad materna. OMS. [Internet]. [citado 10 marzo 2020]. Recuperado a partir de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, Ley N° 38.668, lunes 23 de abril de 2007, pp. 1–41.
3. El Parto es Nuestro | Infórmate y decide [Internet]. [citado 28 marzo de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.elpartoesnuestro.es/>
4. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 14 de noviembre de 2002, núm. 274, pp. 40126 a 40132.
5. Resolución N° 32/89: Por la que se aprueban las Normas Deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de enfermería de España.
Recuperado a partir de: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/>
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. 2007.
7. Chauvet E. El renacimiento del parto [Documental]. Brasil; 2013.
8. Camacaro M, ramírez M, lanza L, herrera M. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. Utopía y Praxis Latinoamericana, 2015;20(68):113–20.
9. Nieto-González LA, Romero-Quiroz MA, Córdoba-Ávila MA, Campos-Castolo M. Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería. CONAMED. 2011;6–12.

10. Benlloch-doménech C, Barbé-villarubia MJ, Cascales J. Reflexiones al final de un inicio: estudio de asociación entre variables sociodemográficas y tipo de parto en la prevención de la violencia obstétrica en España. *Musas*.2019(4):99–119.
11. Iglesias S, Conde M, González S, Parada ME. ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*. 2019;(4):77–97.
12. Souza KJ , Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev Saude Publica*. 2017;51:69.
13. Savage V, Castro A. Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches. *Reprod Health*. 2017;14(1):1–27.
14. Sen G, Reddy B, Iyer A. Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. *Reprod Health Matters*. 2018;26(53):6–18.
15. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):56–64.
Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>
16. Jewkes R, Penn-Kekana L. Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLoS Med*. 2015;12(6):6–9.
17. Raquel Pozzio M. Parto humanizado y la violencia obstetrica. *Rev Estud Fem*. 2016;24(1):101–17.
Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38143846007>
18. Muller Sens M, Stamm AMN de F. Physicians’ perception of the dimensions of obstetric and/or institutional violence. *Interface Commun Heal Educ*. 2019;23:1–16.

19. Carvalho I da S, de Brito RS. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enf Global* [Internet]. 28 de junio de 2017 [citado 20 de abril de 2020];16(3):71-7.

Recuperado a partir de: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/250481>
20. Declaración Universal de Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948.
21. Resolución del Parlamento Europeo, de 1 de marzo de 2018, sobre la situación de los derechos fundamentales en la Unión en 2016. *Diario Oficial de la Unión Europea*. 2019/C 129/14; p.14–24.
22. Versión consolidada del Tratado de la Unión Europea. 30 de marzo de 2010. *Diario Oficial de la Unión Europea*. 2010/C 083/01. p. 13–46.
Recuperado a partir de:
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=OJ:C:2010:083:TOC>
23. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*. 2011;33(1):11–4.
24. Unicef Comité Español. Convención sobre los derechos del niño. 20 de noviembre de 1989. 48p.
25. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 3 de marzo de 2010, núm. 55, de 4 de marzo de 2010, pp. 21001 a 21014.
26. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*, 28 de diciembre de 2004, núm. 313, de 29 de diciembre de 2004, páginas 42166 a 42197.
27. Ley 6/2009, de 30 de junio, de protección a la maternidad. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 177, de 23 de julio de 2009, pp. 62888 a 62898.
28. Ley 6/2017, de 24 de marzo, de derogación de la Ley 6/2009, de 30 de junio, de protección a la maternidad. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 112, de 11 de mayo de 2017, pp. 37956 a 37957.

29. Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. Boletín Oficial del Estado, 8 de noviembre de 2001, núm. 269, de 9 de noviembre de 2001, pp. 40986 a 40999.
30. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe sobre la Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Diciembre 2012. 102 p.
Recuperado a partir de:
https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinaIEAPN_revision8marzo2015.pdf
31. World Health Organization. Pregnancy, Childbirth, Parturition and Newborn Care: A guide for essential practice. 2015. 184 p.

ANEXOS

ANEXO 1. Detalles de la búsqueda PubMed: “(“delivery, obstetric”[MeSH Terms] OR (“delivery”[All Fields] AND “obstetric”[All Fields]) OR “obstetric delivery”[All Fields] OR “delivery”[All Fields]) AND (“violence”[MeSH Terms] OR “violence”[All Fields]) AND ((Bibliography[ptyp] OR Clinical Trial[ptyp] OR pubmed books[filter] OR Clinical Study[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Evaluation Study[ptyp]) AND “loattrfree full text”[sb] AND “2010/04/10”[PDat] : “2020/04/06”[PDat] AND “humans”[MeSH Terms])”

ANEXO 2. Detalles búsqueda MEDES: (violencia[título] OR violencia[resumen] OR violencia[palabras_clave]) AND (obstétrica[título] OR obstétrica[resumen] OR obstétrica[palabras_clave]).

TABLA 1. Resumen de los resultados del estudio de evaluación EAPN⁽³⁰⁾.

Práctica	Recomendación	Justificación	Resultados
Rasurado de periné.	Evitar la práctica.	Puede erosionar la piel creando un foco de infección.	Incluido en un 84,5% de protocolos
Enema	Desaconsejado.	No existen evidencias de beneficio.	Incluido en un 78,6% protocolos.
Acompañamiento durante el proceso	-Proporcionar personas de apoyo de manera ininterrumpida.	El acompañamiento disminuye la probabilidad de precisar analgesia, mayor probabilidad de parto eutócico.	Incluido en un 84,5% de protocolos.
	- Promover que la mujer elija quien quiere que le acompañe		Incluido en un 87,4% de protocolos.
Deambulaci3n y elecci3n de la posici3n (Dilataci3n)	Facilitar que deambule y elija la posici3n seg3n sus preferencias.	Deambular puede ayudar a disminuir el periodo de la primera fase del parto.	Incluido en un 72,8% de protocolos.

Ingesta de líquidos y sólidos	Permitir ingerir líquidos y sólidos ligeros.	No hay evidencia del beneficio de la restricción durante el trabajo de parto.	Incluido en un 71,8% de protocolos.
Amniotomía	No realizar	Se evitan complicaciones como la infección o alteración en la frecuencia cardíaca fetal.	Técnica realizada: 46,6%
Oxitocina sintética (partos de inicio espontáneo)	Su uso debe estar justificado.	Bloqueo en la producción de oxitocina endógena y otras hormonas.	Técnica realizada en un 53,3% (deseable: 5-10%)
Inducción al parto		Se necesita investigación para obtener datos.	Técnica realizada: 19,4% (deseable: <10%)
Manejo del dolor	<ul style="list-style-type: none"> - No analgesia de rutina. - Informar sobre métodos alternativos para paliar el dolor. - Informar sobre la capacidad cerebral de analgésicos naturales (endorfinas). 	Riesgos asociados a la analgesia epidural existiendo otras alternativas más seguras (inmersión en agua, acupuntura, óxido nitroso, técnicas de relajación).	Alternativas no farmacológicas Incluidas en un 67% de protocolos.
Posición durante el periodo expulsivo	Permitir la elección de la posición.		87,4% de los partos en posición de litotomía.
Maniobra de Kristeller	No recomendada.	No mejora la tasa partos eutócicos ni la utilización de instrumental.	Tasa de realización: 26,1%

Episiotomía	Episiotomía no rutinaria sino selectiva.	No aporta beneficios. Complicaciones a corto y largo plazo.	Tasa de realización: 41.9% (deseable <10%)
Partos instrumentales	Evitarlos salvo patología indicada. Respeto de los tiempos del expulsivo.	Riesgo de producir lesiones y secuelas. Su uso aumenta: episiotomías, desgarros.	Tasa de realización: 19,5% (deseable <15%)
Cesáreas	Facilitar el parto vaginal.	Intervención de cirugía mayor con sus riesgos asociados.	Tasa de realización: 22.02% (deseable <15%)
Piel con piel	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar al recién nacido en el pecho o abdomen de la madre al menos 70min. - Solo identificación y APGAR en esos 70min. - Posponer prácticas de profilaxis 	<p>Facilita reconocimiento del olor materno, fomenta establecer un vínculo, la lactancia materna y la adaptación extrauterina.</p> <p>Normalizan antes las constantes vitales.</p> <p>Activa los reflejos.</p> <p>Producción de oxitocina materna.</p>	<p>Inclusión en protocolos:</p> <p>67%</p> <p>67%</p> <p>59.2%</p> <p>Tasa realización: 50.2% (deseable ≥80%)</p>

<p>Atención postnatal inmediata:</p> <p>Lactancia materna (LM)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Abandonar procedimientos injustificados - Retrasar las pruebas que supongan la separación. - Promover prácticas de apoyo a la LM. - Respetar la decisión informada de la Lactancia artificial (LA) 	<p>LM asociada a la reducción de enfermedades (asma, obesidad, enterocolitis, infecciones, etc).</p> <p>Madre: ↓ riesgo cáncer</p> <p>Mama y ovario</p>	<p>Inclusión en protocolos:</p> <p>Iniciar lactancia en las primeras 2h: 88.3%.</p> <p>Respetar la decisión de la mujer: 75.7%.</p>
--	---	---	---

ANEXO 3. Recomendaciones más destacadas de EAPN sobre la Participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones⁽⁶⁾:

- *“Asegurar y garantizar que la mujer recibe y comprende la información recibida.*
- *Esta información debe recoger los beneficios, los riesgos y los resultados y debe estar disponible en un formato apropiado, basada en la evidencia.*
- *Desarrollar programas que estimulen a las mujeres a participar activamente en la toma de decisiones relativas al proceso del embarazo, parto y posparto*
- *Respetar las decisiones que tome la mujer dentro del marco de seguridad y calidad en su atención.*
- *Facilitar y garantizar que las mujeres y asociaciones de mujeres participen en la evaluación de la atención al parto y nacimiento.*
- *Dar a conocer experiencias positivas de parto no medicalizado (videos, testimonios de mujeres...).*
- *Establecer programas de educación sanitaria que propicien la activa participación de la comunidad en temas sanitarios.*