



Respuesta al Comunicado del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos sobre el término “violencia obstétrica”

Madrid, 14 de julio de 2021

Según anuncia en un [comunicado](#) sobre la Reforma de la Ley del Aborto, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) rechaza y considera muy desafortunado el concepto de “violencia obstétrica”. Un término, según indican, “alejado de la realidad” y que contribuye a “erosionar la necesaria confianza médico-paciente”. El CGCOM aclara que el término violencia obstétrica, entendido como una modalidad de violencia de género, no se ajusta a la realidad de la asistencia al embarazo, parto y posparto en nuestro país y criminaliza las actuaciones de los profesionales que trabajan bajo los principios del rigor científico y ética médica.

Ante esta postura, El Parto es Nuestro defiende que:

- La Violencia Obstétrica ha sido reconocida, denunciada y descrita, además de por multitud de asociaciones de mujeres como El Parto es Nuestro a través de los dolorosos testimonios de las mujeres que la han sufrido, por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer de las Naciones Unidas, por la OMS en esta [declaración sobre la Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto](#), por el Consejo de Europa en esta [Resolución de octubre de 2019](#) y por el [Parlamento Europeo en esta Resolución](#) sobre la estrategia de la Unión para la igualdad de género. El [informe de la Relatora de las Naciones Unidas](#) describió en 2019 la violencia obstétrica como un problema global, generalizado y sistemático. La declaración de la OMS aclara que este maltrato no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación.
- En febrero de 2020 el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas ([Comité CEDAW](#)) adoptó la primera decisión sobre violencia obstétrica, dictaminando que varios derechos de la [Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer](#) habían sido vulnerados e instando al Estado parte, precisamente España, a adoptar políticas públicas para combatir dicha violencia, que incluye malos tratos, abusos verbales y físicos. La víctima llevó su caso inicialmente a los tribunales en España, pero, según las conclusiones del Comité, se enfrentó a estereotipos de género y discriminación durante todo el proceso judicial. A día de hoy el [dictamen](#) del Comité aún no ha sido cumplido por España y la víctima sigue sin haber sido indemnizada.
- Muchas de las intervenciones que se realizan de forma rutinaria durante el parto en España nada tienen que ver con el rigor científico y la ética médica, solo es necesario echar un vistazo a cómo se desvían los indicadores de atención al parto de los estándares establecidos por la OMS y el propio Ministerio de Sanidad en este [informe detallado de 2012](#) y en este [otro de 2021](#), ambos publicados por Sanidad. Somos el [primer país de toda Europa según Euro-Peristat](#), junto con Irlanda, en partos instrumentales, y solemos aparecer también en vergonzosos podios en otras intervenciones, como las [inducciones](#) y las [episiotomías](#), muy por encima de las recomendaciones de la OMS.
- A esto queremos añadir que la variabilidad entre territorios en cuanto atención al parto es tan evidente como injustificada: el País Vasco tiene un 14% de cesáreas pero Extremadura está en un 31%, lo que implica que una mujer embarazada extremeña tiene el doble de posibilidades de pasar por el quirófano para dar a luz a su hijo/a, que una mujer vasca. Además, los hospitales públicos tienen un 22% de cesáreas y los privados un 35%, según los



- [datos publicados por el Ministerio de Sanidad](#) para 2019, lo cual muestra también esa diferencia en el trato a las mujeres que acuden a un tipo de centro sanitario frente a otro.
- En el camino hacia una atención al parto respetuosa muchos son los profesionales sanitarios que desde hace décadas reconocen el problema y trabajan de un modo u otro por atajarlo, desde sus puestos, participando en la [Estrategia de Atención al Parto Normal](#), colaborando en asociaciones como El Parto es Nuestro o el Observatorio de Violencia Obstétrica o mejorando y actualizando las prácticas sanitarias que ponen en marcha en sus centros asistenciales.
 - Los propios profesionales sanitarios que trabajan en la atención al embarazo y al parto también pueden sufrir esta violencia, al sentirse cómplices o partícipes de la misma, o quedar traumatizados tras ser testigos de prácticas abusivas y/o violentas en un momento de máxima vulnerabilidad para las mujeres. Por eso desde El Parto es Nuestro reclamamos una mejora de las condiciones de trabajo de matronas y obstetras, además de la reapertura de paritorios y plantas de maternidad que quedaron cerrados por la pandemia.
 - Como es lógico, puede resultar difícil a los profesionales aceptar que han recibido una formación profesional y han sido socializados en un paradigma basado en la superioridad del parto tecnológico, intervenido. Ha sido esa creencia compartida con la sociedad, esa formación medicalizadora y una cultura profesional no respetuosa con el protagonismo ni con la autonomía de las gestantes la que ha conducido a una atención al parto en demasiadas ocasiones no basada en la evidencia, con prácticas inadecuadas, con intervencionismo innecesario y en la que la mujer, el bebé y su familia no han sido el centro ni se han respetado sus necesidades fisiológicas y emocionales.
 - Los errores a los que ha conducido ese paradigma son la causa de lo que denominamos violencia obstétrica y no una mala fe de los profesionales ni el ejercicio consciente de una mala praxis.
 - Durante todos estos años en los que las mujeres han estado denunciando la vulneración del código deontológico, los comités de ética han hecho dejación de funciones y, de este modo, han amparado la frecuente mala praxis. Si los comités de deontología médica hubieran hecho su trabajo quizás no habríamos llegado a esta situación.
 - Sin embargo, frente a estos todos estos hechos, observamos que el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos se encuentra aún en una fase de negación del problema, fase superada en cambio desde hace décadas por otros organismos médicos, instituciones y sociedad civil. Resulta increíble y vergonzoso cómo han tratado de banalizar las prácticas violentas de las que hemos sido objeto. El término "violencia obstétrica" es el concepto que utilizan los organismos, declaraciones, estudios, leyes y sentencias que abordan este tema a nivel global. Es también el término técnico o palabra clave en los buscadores bibliográficos de los catálogos universitarios más prestigiosos del mundo. Es el término común, extendido y definido en contextos internacionales y nacionales. No es potestad del CGCOM decidir la utilización de un término cuyo uso ya está acuñado. La expresión "violencia obstétrica" funciona igual que las expresiones "violencia intra-familiar" o "violencia en la calle". Estas expresiones no dicen que haya violencia en todas las familias ni en todas las calles sino que hay un tipo de violencia que es característica del contexto familiares y otra que se da en la calle. La violencia obstétrica es el tipo de violencia que ocurre (cuando ocurre) durante la práctica o la atención obstétrica.
 - Las causas de la violencia obstétrica están descritas en el informe de la Relatora de la ONU, y entre ellas se describe precisamente el desequilibrio de poder médico-paciente, que tanto afán muestra el CGCOM en recuperar en forma de "confianza ciega". Invitamos al CGCOM a que se documente leyendo por ejemplo el informe de la relatora de Naciones Unidas o el comunicado de la OMS o del Consejo de Europa, o los muchos artículos científicos y publicaciones que estudian [el concepto «violencia obstétrica» y el debate actual sobre la atención al nacimiento](#). La "medicina centrada en el paciente" debería ser algo con lo que



todos los médicos estén familiarizados, incluidos los obstetras, y por supuesto las matronas, sobre todo teniendo en cuenta que las mujeres embarazadas no son "pacientes al uso", sino usuarias del sistema de salud durante un proceso fisiológico, o que debería acercarse lo más posible a la fisiología.

- En la actualidad, y [más aún desde el inicio de la pandemia](#), las mujeres nos encontramos profundamente desprotegidas durante la atención al parto. Dependiendo de la Comunidad Autónoma, del hospital e incluso del equipo que nos atienda, el resultado de nuestro parto puede ser muy distinto y sufrir o no un trato inadecuado o un abuso. Son muchos los casos en los que, en los últimos meses, las mujeres han sido obligadas a parir solas sin acompañante, se han acelerado sus partos sin una clara indicación médica y se les ha separado de sus recién nacidos sin el menor respaldo científico y en contra de las recomendaciones de la OMS.
- Algunos ejemplos de violencia obstétrica son los siguientes: cuando se realiza una episiotomía sin indicación médica y sin el consentimiento informado de la mujer; cuando se realizan más tactos de los médicamente indicados, sin el consentimiento informado de la mujer, provocando infecciones que a su vez pueden derivar en el ingreso del recién nacido en la UCI neonatal, con la consiguiente separación de su madre que esto supone en muchos casos; cuando se administra cualquier tipo de droga sin un consentimiento informado, situación especialmente sangrante en el caso de la administración de [haloperidol durante el parto](#), un potente antipsicótico, como sedante, lo que constituye una [práctica obsoleta, peligrosa](#) y sin ningún respaldo científico; cuando se atiende a mujeres que están sufriendo una pérdida gestacional sin los recursos adecuados para preservar su salud física y emocional; cuando se indican inducciones sin tener justificación médica para acomodar agendas del personal; cuando el parto acaba en cesárea porque no hay suficientes paritorios libres o por otros motivos logísticos que nada tienen que ver con el parto en sí.
- Por último, cuando hablamos de violencia obstétrica hablamos de una violencia institucional, que se ejerce en el seno de una institución como es el sistema sanitario, tocado como el resto de instituciones por nuestra cultura patriarcal y por los estereotipos de género profundamente arraigados en nuestra sociedad. No destinar los suficientes recursos a este sistema y en concreto a la atención al parto es una de las causas de violencia obstétrica. La [falta de tiempo](#) de los profesionales hace que las prisas se trasladen a las mujeres y sus recién nacidos. Sabemos que las políticas encaminadas a mejorar el parto, como la Estrategia de Atención al Parto Normal, son [efectivas para reducir el intervencionismo injustificado](#).
- Por todo ello, emplazamos a las autoridades estatales y autonómicas a:
 - o Dar cumplimiento al [dictamen del Comité CEDAW contra España](#) sobre violencia obstétrica, que incluye proporcionar una reparación apropiada a la víctima y proporcionar capacitación profesional adecuada a los trabajadores obstétricos y otros trabajadores de la salud en materia de derechos de salud reproductiva de la mujer, así como al personal judicial y al personal encargado de velar por el cumplimiento de la ley.
 - o Destinar los recursos suficientes a la atención al parto para acabar con la falta de personal e infraestructura y evitar que ésta se traduzca en más intervenciones para acortar el tiempo de los partos.
 - o La continuación y actualización de la [Estrategia de Atención al Parto Normal](#) y Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, haciéndolas extensivas a la sanidad privada, donde más intervenciones innecesarias se realizan.
 - o Promover la formación continua de profesionales en prácticas médicas respaldadas por la evidencia científica, siguiendo la línea estratégica de la Estrategia de Atención al Parto Normal.
 - o Garantizar el requisito del consentimiento informado antes de cada intervención, tal y como indica la Ley de Autonomía del Paciente.



- La actualización obligatoria de protocolos hospitalarios y planes de salud autonómicos conforme a las recomendaciones actualizadas de la Estrategia de Atención al Parto Normal, tanto en hospitales públicos como privados.
- Transparencia en la obstetricia: supervisión, recogida y publicación de indicadores de atención al parto, fácilmente accesible para las usuarias, a nivel de hospital tanto públicos como privados, como tasas de cesáreas, inducciones, episiotomías, partos instrumentales, piel con piel, maniobras de Kristeller, litotomías, etc.
- Emplazamos al CGCOM a trabajar por la mejora de la atención al parto, con incidencia directa en la salud a corto, medio y largo plazo de las mujeres y recién nacidos, en coherencia con todo lo anteriormente expuesto, y a considerar retractarse de la negación de las experiencias que relatan las mujeres que han demostrado con su comunicado.

Asociación El Parto es Nuestro