

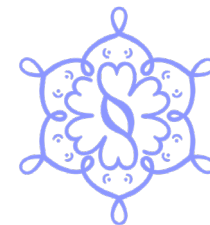


# Informe Ejecutivo

## ESTADO DE LA ATENCIÓN GINECOBSTÉTICA

*DURANTE LA GESTACIÓN, PARTO,  
NACIMIENTO Y PUERPERIO INMEDIATO EN EL  
SISTEMA DE SALUD VENEZOLANO*

***CASO: LA GRAN CARACAS***



#SaludParaTodas  
ES NUESTRO DERECHO



*parir con placer*

Mesa de Mujeres, Diversidad & EVC



Red Asociada a CLACSO 



**PLAFAM**  
Asociación Civil de Planificación Familiar

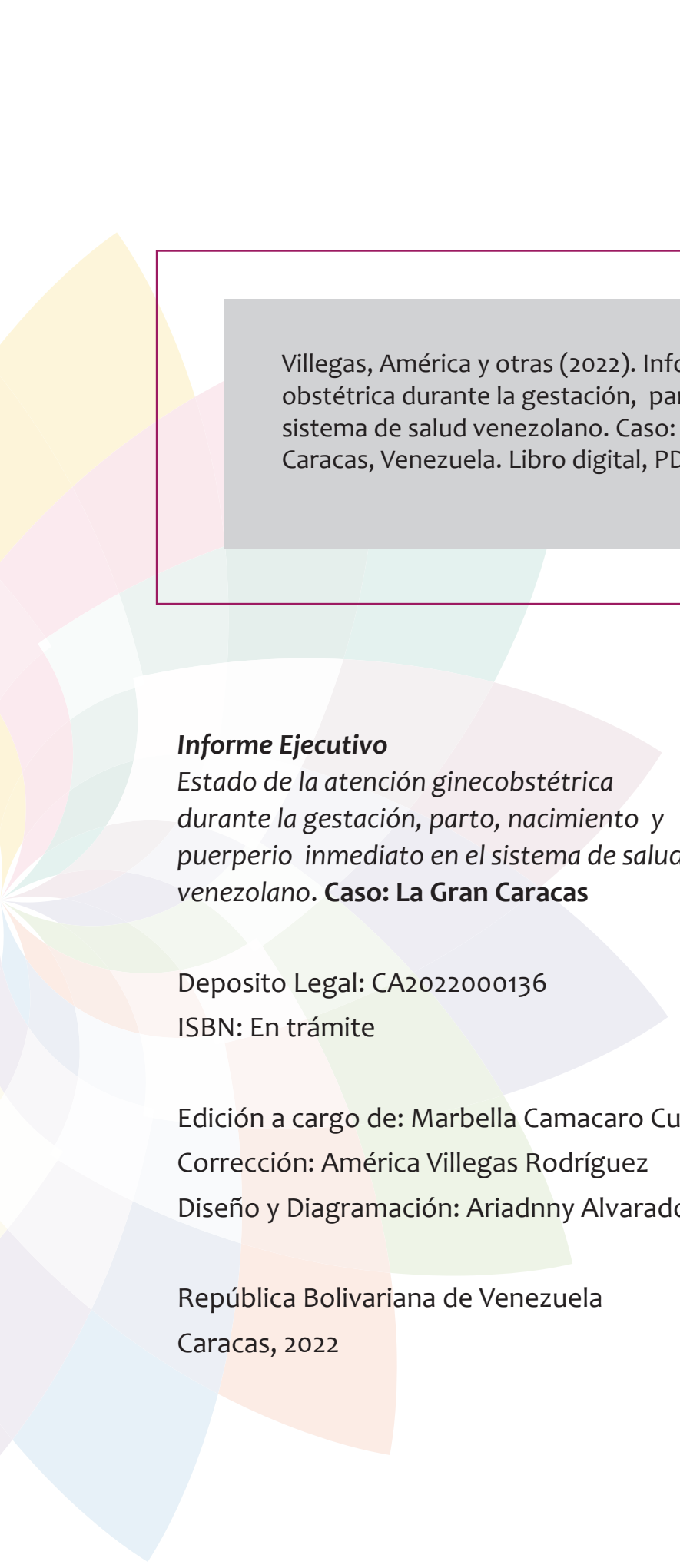
**MUDERE**   
Mujeres por los Derechos



## *Informe Ejecutivo*

# **Estado de la atención ginecobstétrica durante la gestación, parto, nacimiento y puerperio inmediato en el sistema de salud venezolano**

***Caso: La Gran Caracas***



Villegas, América y otras (2022). Informe ejecutivo: Estado de la atención ginec-obstétrica durante la gestación, parto, nacimiento y puerperio inmediato en el sistema de salud venezolano. Caso: Gran Caracas. Camacaro Marbella (editora). Caracas, Venezuela. Libro digital, PDF

### **Informe Ejecutivo**

*Estado de la atención ginecobstétrica durante la gestación, parto, nacimiento y puerperio inmediato en el sistema de salud venezolano. **Caso: La Gran Caracas***

Deposito Legal: CA2022000136

ISBN: En trámite

Edición a cargo de: Marbella Camacaro Cuevas

Corrección: América Villegas Rodríguez

Diseño y Diagramación: Ariadnny Alvarado Hernández

República Bolivariana de Venezuela

Caracas, 2022

El presente texto corresponde a una selección de los *hallazgos* obtenidos a través de la Primera Encuesta sobre el *Estado de la atención ginecobstétrica durante la gestación, parto, nacimiento y puerperio inmediato en el sistema de salud venezolano. Caso: La Gran Caracas*, aplicada por un grupo de organizaciones de la sociedad civil pertenecientes a la **Alianza Salud para Todas**.

Equipo de Investigación:

**América Villegas Rodríguez**

**Rossie Cedeño Gómez**

*Parir con Placer (PCP)*

**María Urbina Gutiérrez**

**Mitzy Flores Sequera**

*Mesa de Mujeres, Diversidad y Estudios de la Vida Cotidiana (MD&E)*

**Mariana Maza**

**Belmar Franceschi**

*Asociación Civil de Planificación Familiar (PLAFAM)*

**Nancy Bello**

**Ruth López**

*Mujeres por los Derechos (MUDERES)*





<b>Lista de Acrónimos</b>	<b>9</b>
<b>Introducción</b>	<b>11</b>
Contextualización de las condiciones venezolanas	<b>14</b>
<b>Principales hallazgos</b>	<b>20</b>
<b>1. Aproximación demográfica</b>	<b>21</b>
Morenas, heterosexuales y...	21
La juventud es protagonista	21
Educación y situación laboral	23
Desocupación	23
Dependencia laboral	24
<b>2. Rasgos reproductivos</b>	<b>24</b>
<b>3. Sobre la atención ginecobstétrica prenatal</b>	<b>25</b>
<b>4. Sobre el ingreso a los centros de salud</b>	<b>27</b>
<b>5. Sobre la atención al parto o cesárea</b>	<b>31</b>
Del acceso y el derecho a la información	31
Protocolos de atención durante el ingreso	36
Procedimientos durante la fase expulsiva	41
<b>6. Sobre el puerperio inmediato</b>	<b>47</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>49</b>
<b>Nuestra realidad en clave de mujer</b>	<b>49</b>
<b>Políticas para la acción</b>	<b>51</b>
<b>Bibliografía citada</b>	<b>51</b>





<b>CEDAW</b>	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer
<b>DDHH</b>	Derechos Humanos
<b>DDSSRR</b>	Derechos sexuales y derechos reproductivos.
<b>EHC</b>	Emergencia Humanitaria Compleja
<b>IESALC</b>	Instituto Internacional para la Educación Superior en América Latina y el Caribe
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>LOSDMVLV</b>	Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
<b>MPPS</b>	Ministerio del Poder Popular para la Salud
<b>NOAISSR</b>	Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONU</b>	Organización de Naciones Unidas
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OVGOVE</b>	Observatorio Venezolano de Violencia Ginecobstétrica de Venezuela
<b>SSRR</b>	Salud sexual y salud reproductiva
<b>UNESCO</b>	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>VBG</b>	Violencia Basada en Género
<b>VGO</b>	Violencia Ginecobstétrica
<b>VO</b>	Violencia Obstétrica



# Introducción

El Observatorio Venezolano de Violencia Ginecobstétrica de Venezuela (OVGO-VE) nace como una propuesta de la organización Parir con Placer (PCP) junto a las organizaciones Mesa de Mujeres, Diversidad y Estudios de la Vida Cotidiana (MD&E), Mujeres por los Derechos (MUDERES) y la Asociación Civil de Planificación Familiar (PLAFAM), todas integrantes de la *Alianza Salud para Todas*<sup>1</sup>. Se plantea como misión ofrecer análisis periódicos de la situación de esta particular forma de violencia contra las mujeres, con énfasis en el respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos consagrados en la legislación venezolana.

Uno de sus principales objetivos contempla precisamente monitorear esas manifestaciones de violencia en el área de atención en salud a la luz del cumplimiento de las políticas públicas vigentes. Para concretarlo, nuestro equipo de investigación realizó un estudio durante los meses de abril a octubre del año en curso, que tuvo como **propósito** analizar el estado de la atención ginecobstétrica durante la gestación, parto, nacimiento y puerperio inmediato en el sistema de salud venezolano, específicamente en la región capital conocida como La Gran Caracas (y que comprende los estados Distrito Capital, La Guaira y Miranda).

---

<sup>1</sup> La Alianza aglutina más de 20 organizaciones que hacen vida a lo largo del territorio nacional entre las que se encuentran Alaplaf, Ampuve, Avesa, Berenjena Empoderada, Cecavid, Las Comadres Púrpuras, Musas, RVG+ Capítulo Mujer; entre otras. Esta coalición tiene entre sus fines apoyar el fortalecimiento de la investigación y la incidencia de la temática de la salud en mujeres venezolanas (Avesa, nov 2011).

Se trata de una investigación **epistemológicamente situada** desde la perspectiva feminista, de acuerdo a Maffia (2007) puesto que, como equipo de investigación, compartimos la certeza de que el discurso científico presentado como pretendidamente neutral es portador de sesgos sexistas y androcéntricos muy difíciles de identificar (Flores, 2014). Es menester, por tanto, realizar un ejercicio de deconstrucción que permita identificarlos y corregirlos con el fin de evitar que se constituyan en elementos de distorsión que normalicen tanto las prácticas violentas como el sufrimiento de un significativo número de mujeres en el país.

La metodología triangula procedimientos cuantitativos y cualitativos, de acuerdo a la naturaleza de la información. En un primer momento la lógica del **método** tributa a la hermenéutica desde un abordaje descriptivo-interpretativo para favorecer la caracterización que se aspira, a la vez que se destaca el punto de vista de quienes han vivido la experiencia de la violencia ginecobstétrica (en adelante VGO) con un posicionamiento claramente fenomenológico aunque en este primer informe sólo se abordan las respuestas a preguntas cerradas.

En ese sentido, nos interesa reseñar que gran parte de **las protagonistas** del estudio se postularon a sí mismas para participar. Con este fin se abrió una convocatoria a través de *Google Forms*<sup>2</sup> que se divulgó durante los meses de mayo y junio en las redes sociales de las organizaciones participantes y de las integrantes de la Alianza Salud para Todas. Los criterios principales para ello fueron el ser venezolana y haber sido usuaria del sistema de salud público y/o privado en

---

<sup>2</sup> <https://forms.gle/25m87S2Gkptd6nwb6>

algunas de sus experiencias de gestación, parto y nacimiento y puerperio inmediato en los estados referidos entre los años 2007 -año en que se aprueba la *Ley sobre el Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*- y 2022. Luego de recibir 201 postulaciones y completar la totalidad de participantes, se realizaron 318 cuestionarios entre los meses de junio y julio de 2022.

**La técnica** utilizada fue la entrevista. Ésta fue estructurada y presecuencializada. Se elaboró con *Google Forms* y se aplicó de manera directa, a través de medios telefónicos, audiovisuales y/o, virtuales. En su administración participaron como entrevistadoras mujeres asociadas a las organizaciones que coordinaron el estudio. Para ello recibieron una inducción que les permitió acompañar el hilo del instrumento con el discurso de una conversación.

Hicimos uso de un **instrumento tipo encuesta** con preguntas abiertas y cerradas, organizadas por temáticas como malos tratos, calidad de la atención, ejercicio de poder en las prácticas médicas, entre otros. Todo en coincidencia con los antecedentes realizados por los Observatorios de Violencia Obstétrica de Argentina, Chile y España. Más específicamente, abordamos estos aspectos con un diseño que reflejó el **sentido circuital** del proceso de atención, lo que permite evidenciar las prácticas y actitudes de esta forma de violencia.

De allí que iniciamos con una exploración de los rasgos demográficos y reproductivos de las protagonistas del estudio, luego contemplamos los aspectos de la atención ginecobstétrica prenatal, seguido por el abordaje de los rasgos pre-



sententes en el ingreso a la institución. Más tarde apuntamos a revisar el trato deshumanizador que reciben las usuarias y los mecanismos normalizados del poder médico, para cerrar con los cuidados posteriores al parto o la cesárea.

**Los Hallazgos nos permiten establecer un acercamiento interpretativo al estado de la VGO entre las mujeres protagonistas, así como a la caracterización del fenómeno en el contexto capitalino y a sus posibles explicaciones; lo que aporta un tinte más analítico cuya finalidad apunta a la revisión del modelo de atención de nuestro sistema de salud y a incidir en la actualización de las políticas públicas existentes.**

Este ejercicio también es útil para entablar un debate teórico que conforma el soporte argumentativo que brindará elementos sólidos para la discusión de este fenómeno tan extendido en nuestro país y en la región. Además, supone una contribución al desarrollo de la comunidad científica afín, aporta a la formación del personal de salud involucrado y, fundamentalmente, contribuye al empoderamiento de las mujeres.

## **Contextualización de las condiciones venezolanas**

El impacto de la pandemia y la profunda crisis económica que Venezuela experimenta desde hace ya varios años, transversaliza la cotidianidad de las personas, los contextos geohistóricos, las formas de relación y la manera en que se

implementan los programas y planes de Estado. El complejo entramado político, social, económico y humanitario en Venezuela es una realidad reconocida internacionalmente, tanto que la situación nacional ha sido calificada como una Emergencia Humanitaria Compleja, dada la multiplicidad de los elementos involucrados y por la magnitud de sus consecuencias.

Aún cuando esta realidad y los efectos de la pandemia por COVID-19 impactan a toda la población venezolana, diferentes investigaciones (Carosio y otras, 2021) señalan que esto ocurre de manera diferencial a mujeres y hombres. El peso cultural de los estereotipos de género, las cargas de cuidado, la repartición de responsabilidades en la vida cotidiana y las posibilidades de gestionar dignamente el acceso a servicios básicos agudizan la situación de vulnerabilidad de las mujeres. Estas particularidades suelen ser remarcadas cuando los análisis de la realidad incorporan las diferencias de género.

Resulta fundamental evidenciar el impacto que esta pandemia ocasionó en el desgaste preexistente del sistema de salud del país, lo que disminuyó las opciones de atención médica prenatal, parto, nacimiento y puerperio inmediato y recrudeció la VGO. Ello, sin duda, incrementó los casos de muerte materna y perinatal, lo que a su vez se ha traducido en una regresión de los indicadores en el país de cerca de una década.

**Específicamente, la mortalidad materna en los últimos años ha tenido un aumento significativo y aunque en la actualidad carecemos de cifras**

**oficiales, los últimos datos (publicados en los años 2015 y 2016) evidencian su considerable incremento: en 2015 el registro las ubicó en 456, mientras que en el año 2016 alcanzó las 756. Al respecto, se destaca que la mayor concentración se presentó en los estados Zulia, Carabobo y Lara, de acuerdo con González Blanco (2017).**

Estas cifras son clara evidencia de la violación de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres en Venezuela. Derechos fundamentales como a la vida, la salud, la igualdad y no discriminación, son violentados en cada una de las mujeres que fallecen por causas fácilmente evitables, causas relacionadas con los cuidados recibidas durante su gestación y parto.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos desplegados por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) para asesorar y apoyar al Estado venezolano, las cifras se mantienen altas. Muchas investigaciones señalan que la mortalidad materna podría disminuir con la presencia de cuatro factores: personal de salud calificado, insumos necesarios para abordar los riesgos, sistemas de alerta para trasladar a las mujeres a los centros de atención especializados en el menor tiempo posible y el acceso a insumos anticonceptivos. Otro factor importantísimo es que las mujeres embarazadas, así como sus parejas, familiares y miembros de la comunidad, estén preparados y participen activamente durante el proceso del embarazo y el parto (MPPS 2022).

El Estado venezolano ha pretendido dar respuesta a la problemática de la mortalidad materna y la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres mediante la creación de políticas públicas específicas, tal es el caso de la *Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva* publicada por primera vez en el año 2003 y reformulada en 2013, y del *Protocolo de atención de cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia*, publicado en el 2014.

En el año 2016 el *Programa Nacional de Salud Materna y Salud Sexual y Reproductiva* inició un proceso de difusión y capacitación sobre la Norma y los Protocolos para lo cual se realizó un diagnóstico que incluyó visitas a los estados con los datos más elevados de mortalidad materna. Dicho diagnóstico arrojó una naturalización de la problemática, la no aplicación de estas normas y protocolos y la deshumanización en la atención. Estos hallazgos guiaron la acción hacia un proceso de sensibilización a los equipos en los estados priorizados con la premisa **atención de calidad, digna y con respeto** (MPPS 2022).

Lamentablemente en la actualidad no contamos con información oficial que permita conocer el alcance del proceso de sensibilización dirigido a los equipos de salud, o si este proceso ha tenido la efectividad y/o continuidad esperada, de manera que permita identificar las prácticas violentas ejercidas y tendientes a la deshumanización de la atención, para transformarlas en una atención con las premisas antes referidas.

Así mismo, es relevante mencionar que desde la formación de las diferentes escuelas y facultades de Medicina de las universidades del país, el diseño curricular actual no contempla el enfoque de derechos humanos de las mujeres ni el de género, entre estos los derechos sexuales y derechos reproductivos. Por tanto se desconocen los tratados internacionales y la legislación nacional que garantizan el ejercicio y exigibilidad de los derechos humanos de las mujeres.

**En contraparte, lo que sí aplican estas escuelas, indiferenciadamente, es la permisividad de aprender y practicar con los cuerpos de las usuarias del sistema de salud público venezolano. Esta condición se presenta tanto en los hospitales/escuelas para la formación de pregrado y postgrado de las facultades de Medicina tradicionales, como en la formulada a partir de la implementación del Programa Barrio Adentro en el año 2005 a lo ancho y largo del país.**

En nuestra argumentación sobre la necesidad de aproximarnos a la realidad que experimentan las mujeres en las salas de parto, queda explícito que las conductas médico-obstétricas hegemónicas responden a una cultura que ha definido a las mujeres como cuerpos reproductores y no como sujetas de derechos.

El fenómeno de la VGO durante la gestación, parto, nacimiento y puerperio inmediato en el sistema de salud venezolano en nuestro país es el producto de patrones culturales que reflejan fallas estructurales cuya solución supone reconocer y corregir la relación asimétrica de poder entre las mujeres usuarias de



los servicios de salud y el personal que atiende en todos los niveles en estos espacios; allí sus necesidades emocionales y afectivas no son consideradas en ninguna de las normativas ni protocolos. Aunado a esto, también existen otros elementos como el deterioro en la infraestructura y los servicios públicos, carencia de personal de salud, de medicamentos, insumos, equipos e instrumental, lo que agudiza, normaliza e incluso pretende justificar el ejercicio de la violencia.

Aunque son múltiples los estudios que afirman que la violencia obstétrica se ejerce con mucha frecuencia, coincidimos con Elisa Jojoa-Tobar (2019) en que existen serias dificultades para lograr que las mujeres que son víctimas, presenten sus denuncias, porque:

para empezar, entre las pacientes no hay conciencia de sus derechos durante la atención del embarazo, parto, postparto o post-aborto; tampoco esta problemática se difunde de manera sostenida; finalmente, la violencia obstétrica está tan naturalizada entre las mujeres que la viven, que resulta difícil conceptualizarla como tal (págs. 136-137).

La OMS (2015) ha declarado la necesidad de alcanzar una atención respetuosa en el parto, nacimiento y puerperio, por lo que los sistemas de salud deben organizarse para garantizar el respeto por la salud sexual y reproductiva así como los derechos humanos de las mujeres. El enfoque se centra en el desarrollo de acciones concretas entre las que destacan la necesidad de impulsar investiga-

ciones para conocer las formas de maltrato en los centros de salud públicos y privados, lo que permitiría comprender su impacto en la vida de las mujeres.

Al respecto, esta organización señala que es fundamental la divulgación responsable de información sobre las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, de manera que pueda determinarse la responsabilidad del sistema de salud en la atención brindada. Esto podría iniciar una ruta de redimensión, abordaje y visibilización de esta compleja problemática y permitiría el diseño de políticas con enfoque de derechos humanos y de género.

## **Principales hallazgos**

Como expresamos antes, el propósito del estudio apunta al análisis del estado de la atención ginecobstétrica durante la gestación, parto, nacimiento y puerperio inmediato en los estados Distrito Capital, La Guaira y Miranda; por tanto y en concordancia con el sentido circuital de la atención, presentaremos los hallazgos en el orden en que se da ese proceso.

En ese sentido, la exploración incorpora aspectos tales como los rasgos demográficos y reproductivos de las protagonistas del estudio, los tipos de atención e información recibidos durante la atención ginecobstétrica prenatal, el abordaje del ingreso a la institución, las condiciones del centro de salud, el trato deshumanizador que reciben las usuarias, los mecanismos normalizados del poder médi-

co y, finalmente, los cuidados recibidos con posterioridad al parto o la cesárea. Al respecto, algunos de los hallazgos más destacados son los siguientes:

## 1. Aproximación demográfica

### Morenas, heterosexuales y...

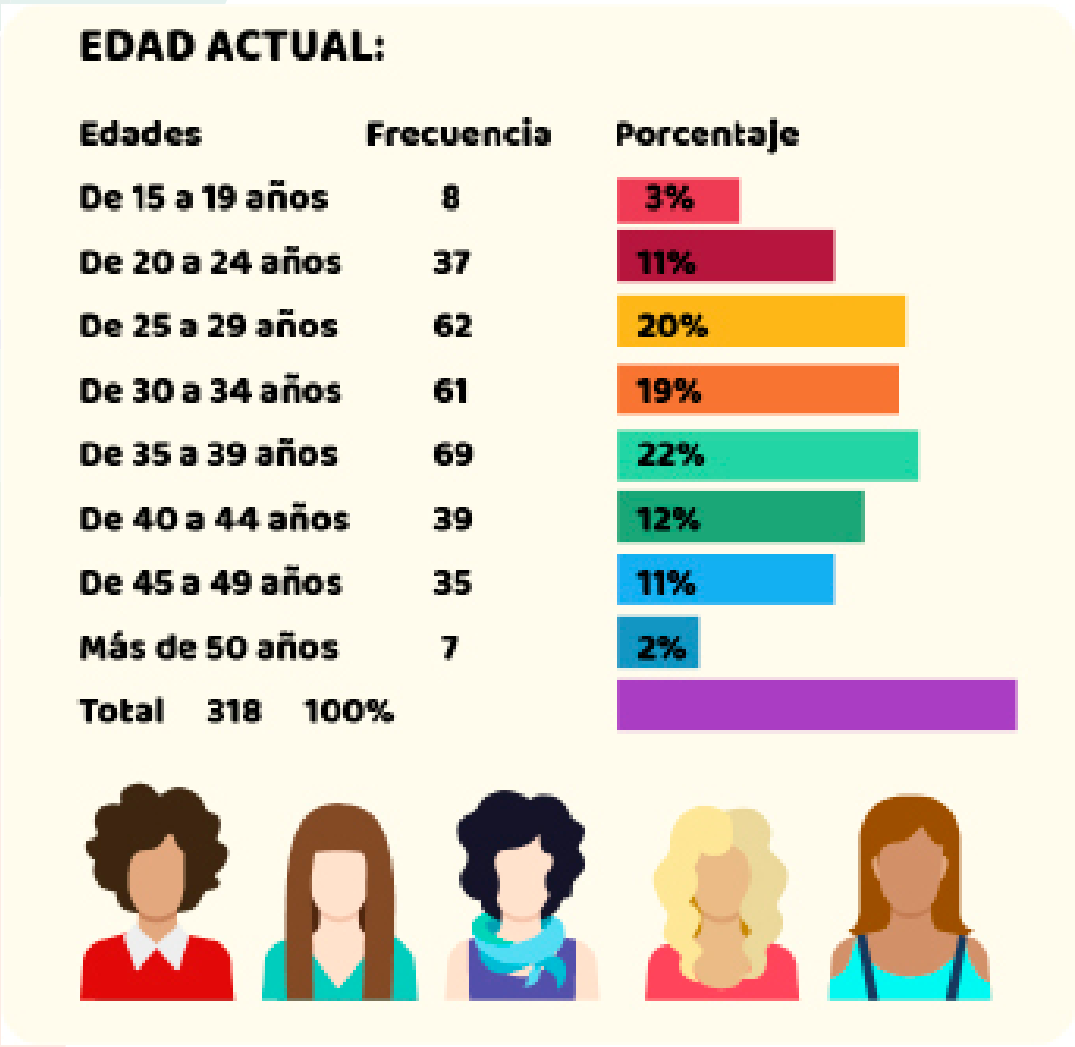
Sobre **autorreconocimiento étnico** o racial se reporta que un importante 60% de las entrevistadas se reconoce como morena (54%), afrodescendiente (4%,) o negra (2%) mientras que el 38% se considera blanca. La tasa mínima se presentó para indígena y “otra” con un 1%.

También interesa destacar que todas se identifican como **heterosexuales**. Su **estado civil** arroja que el 50% se encuentra casada o en unión estable, un 48% soltera y un 2% divorciada. Sobre el lugar de residencia, al momento de realizar el estudio, un 45% de ellas reportó **estar residenciada en el estado** Miranda, otro 44% en el Distrito Capital y un 8% en el estado La Guaira; con sólo un 3% que vive en otros estados al momento de ser entrevistada.

### La juventud es protagonista

Las mujeres entrevistadas presentan un **rango de edad** que oscila entre los 15 y 50 años o más; la tasa más alta (22%) se registró en el intervalo de 35 a 39 años y

la más baja (2%), en la de 50 años o más. La franja de edad que concentra el porcentaje más alto es la que agrupa a quienes se encuentran entre los 25 y 39 años, con un 61%. Si a esta se adicionan los grupos etarios inmediatamente inferiores (conformados por aquellas cuyas edades están entre 20-24 años con un 11% y entre 15-19 años, con un 3%), alcanzamos un total del 75% de las entrevistadas, lo que **refleja la juventud de la gran mayoría de ellas**. Las mujeres de 40 a 44 años están representadas en un 12% y las de 45 a 49 años en un 11%.



## Educación y situación laboral

El nivel educativo de las mujeres que protagonizan este estudio puede considerarse alto en el contexto regional ( América Latina y el Caribe). Refleja que un 42,7% de ellas cursó la Educación Media o Diversificada y otro 34% completó la Educación Universitaria o Superior. Otro importante 13% terminó la Educación Técnica Superior y ya con tasas menores a dos dígitos se encuentra la Educación Técnica Media y la Educación Primaria o Básica con un 5%. Sólo un 0,3% reportó primaria incompleta. Esta información contrasta con la situación laboral que, aunque reporta una concentración de frecuencia en el renglón de trabajo dependiente con un 43%, es seguida por la condición **de desocupada en un 25%, trabajo independiente con 24%**, “otra” con 3% y trabajo a destajo con 2%. El entrecruzamiento de esta información aporta de seguido, a una explicación más detallada de esta realidad.

## Desocupación

Si bien un significativo **42,7%** de las encuestadas **cursó Educación Media o Diversificada**, es en esta franja donde se registra la tasa más alta de **desocupación con un 16,35%**; seguida por las que sólo cursaron Educación Primaria o Básica con 3,14% y con un 2,83% entre quienes cursaron Educación Técnica Media. Contrariamente, para el 34% que completó educación Universitaria o Superior, la tasa de desocupación es de 3,14%.



## **Dependencia laboral**

Para el grupo con formación universitaria, la relación de dependencia alcanza un 19,81%. Para quienes completaron la Educación Media o Diversificada un 14,78% y se expresa con un 7,55% entre las que se formaron en el nivel Técnico Superior Universitario.

El informe UNESCO IESALC (2021) señala cómo en las últimas décadas se ha producido un rápido aumento del nivel de estudios superiores en todo el mundo, haciendo converger los patrones de los niveles educativos de mujeres y hombres y explicando por qué el índice de paridad de género promedio ajustado subió. Sin embargo, las mujeres siguen topándose con obstáculos cuando intentan ejercer cargos clave en sus espacios laborales y asumir funciones de liderazgo. De la misma forma, aunque las mujeres están sobrerrepresentadas entre el personal trabajador de los niveles inferiores, su presencia es notablemente menor en puestos de dirección y liderazgo (lo que bien se conoce como segregación vertical).

## **2. Rasgos reproductivos**

Se exploró el número de gestaciones, de partos o cesáreas, así como de abortos. También cantidad de hijos/as vivos al nacer, de hijos/as muertos en el tercer trimestre de gestación, de hijos/as muertos al nacer. Se les pidió escoger una de esas experiencias y la razón por la cual deseó hacerlo.

**Número de gestaciones.** Si bien el 34% de las entrevistadas reportó sólo una gestación, le sigue un 32% con 2 y un 29% con 3, lo que concentra el 95% de las respuestas. El restante 4% respondió de 5 a 6 y sólo el 1% de más de 6.

En cuanto a la **cantidad de partos o cesáreas**, el 42% reportó sólo un parto o cesárea, 33% 2 y 22% 3 o 4. Mientras que el 75% respondió no haber vivenciado abortos, el 24% sí lo ha vivido al menos una vez.

En cuanto al **número de hijos/as vivos al nacer**, el 40% reporta uno, el 33% dos y el 17% 3, para un total de 90%; no obstante 7% dice que de 4 a 5 hijos y un 2% de 6 a 8.

### 3. Sobre la atención ginecobstétrica prenatal

Un 97% de las consultadas, afirmó haber realizado consultas de control prenatal. De estas, el 44% de las mujeres lo hizo en el sistema de salud privado, el 31% en el sistema público y otro 24% lo hizo con un patrón mixto; es decir, realizaron simultáneamente consultas en el sistema público como en el privado.

Constatamos **que al 53% de las mujeres que respondieron la entrevista se les realizó una cesárea**, lo que rebasa con creces las cifras estimadas por OMS<sup>3</sup>, mientras que el 47% de las entrevistas tuvo parto vaginal.

---

3 10-15 % según OMS, 2015. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea.

Ello nos permite inferir que tan alta frecuencia obedece sin duda, tanto a la desinformación de las mujeres como a otros factores: la medicalización del parto, la instrumentalización del cuerpo de las mujeres por parte del equipo con fines académicos, el cumplimiento de record académico de quienes cursan los postgrados, entre otros.

Respecto a sí durante la consulta prenatal recibieron información acerca de la **cesárea y sus riesgos**, el 55% de las mujeres entrevistadas respondió negativamente, mientras que un 42 % respondió de manera afirmativa.

Aunado a esto, encontramos que **la salud materna** como tema informativo en la consulta prenatal **se ofreció al 56%** de las mujeres, mientras que **el 43% no la recibió**. En cuanto a los signos de riesgo durante la gestación en la consulta, el 54% de las mujeres recibió información contra un 43% que no.

Algo similar ocurre en cuanto a los **cuidados de quienes recién han nacido**: un altísimo **74% de las mujeres** no recibió información sobre la salud infantil durante la consulta prenatal, mientras que el **25% afirma que sí la recibió**. De la misma manera, el **39%** de las mujeres reporta haber recibido **información sobre la lactancia materna** contra **un significativo 61%** que no la recibió.

Queda en evidencia que si bien el 97% de las mujeres asistió a consulta de control prenatal, esto no garantiza que hayan recibido la información mínima referente a los riesgos de la cesárea o los signos de riesgo a considerar para su salud du-

rante el embarazo, ni sobre los cuidados y la salud del recién nacido, o acerca de la lactancia materna.

Con relación al **acompañamiento en las comunidades** por parte de las promotoras comunitarias del *Plan de Parto Humanizado*, sólo el 29% de las mujeres estuvo censada o recibió información por parte de alguna promotora, mientras que el **71% no recibió información, ni fue censada**. El 20% de las mujeres sí asistió a alguna actividad de educación prenatal organizada por su comunidad, mientras que **el 80% no participó**.

Es importante destacar que 198 mujeres del total de 318 entrevistadas tuvieron partos o cesáreas a partir del año 2017, año en el cual se inauguró el Plan de parto humanizado en el país, **lo que representa el 62% de las mujeres participantes** en el estudio, a quienes se supone les corresponde participar en el Plan de Parto Humanizado, pero que de acuerdo a los resultados obtenidos **solo 2 de cada 6 mujeres** tuvo contacto con la figura de la promotora de parto humanizado dentro de su comunidad.

#### 4. Sobre el ingreso a los centros de salud

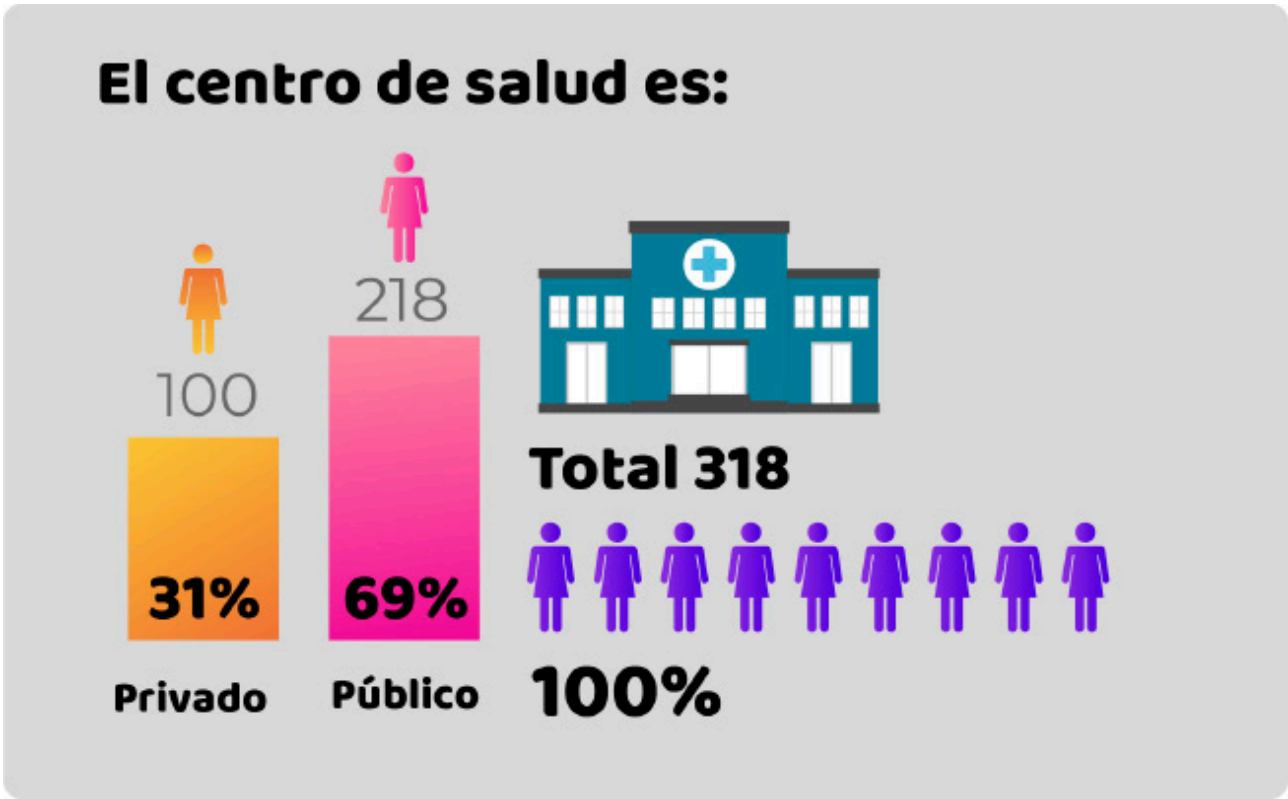
La atención institucionalizada del parto en Venezuela es del 98% según las estadísticas oficiales (UNFPA 2021). Esto implica que las deficiencias no están asociadas a la cobertura sino a la calidad de la atención, a la poca capacidad resolutoria de las emergencias obstétricas como a las prácticas abortivas de riesgo por embarazos no deseados. No es suficiente con que existan servicios, es necesario

que éstos sean accesibles y de calidad para que el derecho a la vida de las mujeres no esté amenazado durante el parto y nacimiento.

Una de las primeras prácticas en la atención es la de referir a las gestantes a otros centros de salud por razones diversas: ausencia de recursos, de insumos, especialistas, por las condiciones de infraestructura del centro o por estar excedidas de pacientes. A esta práctica se le denomina coloquialmente “ruleteo”, y suele hacerlo desde el propio portero del hospital hasta el o la médica de guardia. En otro sentido, el protocolo de atención al parto y nacimiento del MPPS indica que éste debe hacerse por escrito y este debe garantizar la recepción y atención adecuada del centro al que es referida la gestante; sin embargo, dada la precariedad de los centros de salud, esto casi nunca ocurre.

Del universo de las entrevistadas, el **69%** fue atendida en un centro público, mientras que un **31%** lo hizo en un centro privado. Entre las mujeres atendidas en centros públicos, indagamos sobre si fueron ingresadas en el primer centro de salud al que acudieron, al respecto 27% no fue atendida en el primer centro, mientras que un significativo **71% de las mujeres fueron ingresadas al primer centro de salud público**. De este 27% que representa un total de 59 mujeres, un total de 38 fueron referidas a otros centros de salud **se fue del lugar sin recibir atención**. En cuanto a las referencias elaboradas por escrito, sólo fueron recibidas por un 12%, mientras que un **importante 29% de ellas fueron referidas verbalmente** a otro centro de salud sin prescripción alguna.





Otro elemento de gran importancia y que merece ser destacado, es que **el 4%** de las gestantes entrevistadas respondió que **sí le fue solicitado dinero** para ingresar al centro de salud público. **Se trata de 12 personas de un total de 318;** y aunque resulte una proporción muy baja, corresponde apuntar que significó para ellas una privatización del derecho a la salud *de facto* y que se constituyó en sí mismo en un riesgo adicional.

Y como dato crítico, el **77%** de las mujeres entrevistadas manifestó que no sabe lo que es un plan de parto, el 23% señaló que si conoce lo que es; destacamos que **sólo el 5% de las entrevistadas realizó el plan de parto por escrito y lo presentó al centro de salud privado** donde fueron atendidas; es decir, 16 mujeres de las 318, lo que dice de la necesidad de **aportar a la formalización de este documento** a pesar de formar parte de la estrategia ruta materna diseñada por el MPPS, es desconocido por la mayoría de las entrevistadas.

El 56% de las mujeres entrevistadas respondió que tuvo que llevar agua potable para su uso personal al centro de salud público donde fueron atendidas. Contra un 31% que no lo requirió; por lo que fue notorio que el **acceso a este recurso fundamental** para consumo personal estuvo severamente afectado durante la permanencia en la hospitalización y que garantiza las normas de higiene básicas, asepsia y antisepsia.

En el caso de la **alimentación**, que por ley debe ser provista por el centro de salud, también presentó carencias: el 54% de las mujeres se vió en la obligación de llevar alimentos al centro de salud público donde fueron atendidas en contraste con el 33% que no lo requirió.

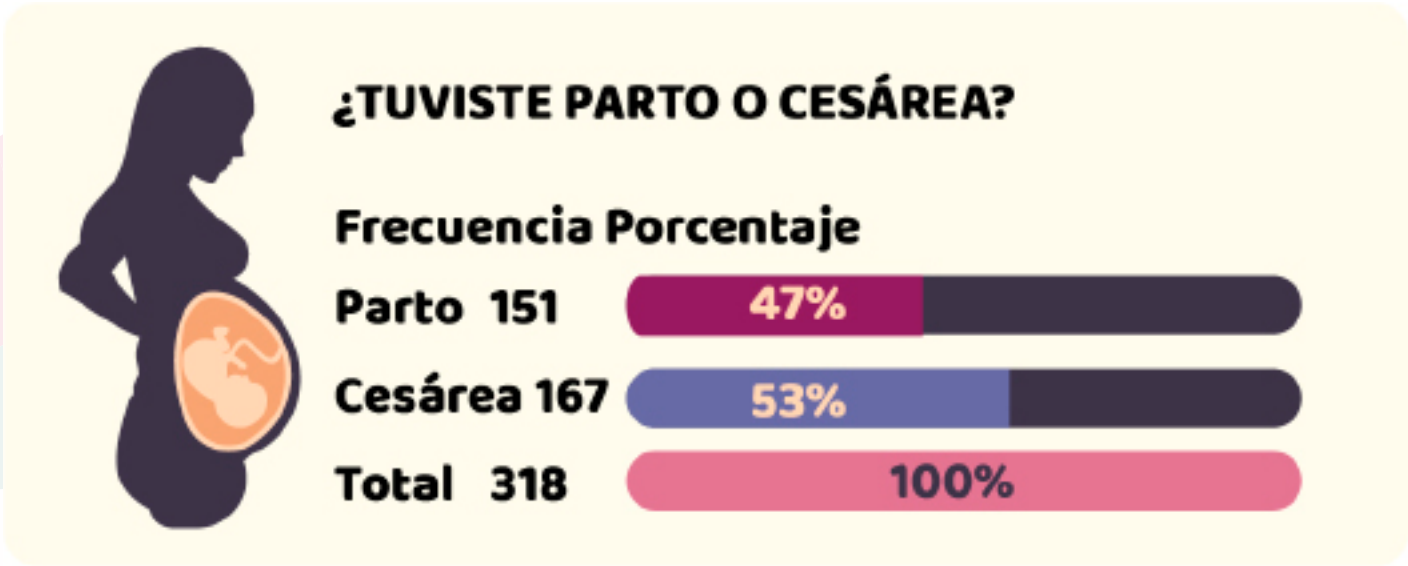
En cuanto a la **solicitud de artículos de limpieza** para el centro de salud público o privado, los resultados expresan que al 65% de las mujeres entrevistadas no les fue solicitado, mientras que sí le ocurrió al otro 21%.

## **5.Sobre la atención al parto o cesárea**

### **Del acceso y el derecho a la información**

Uno de los aspectos fundamentales a precisar es el tipo de parto o nacimiento que vivieron las mujeres encuestadas. De la totalidad de respuestas, encontramos que el 47% de las mujeres reportaron haber tenido partos y el 53% cesáreas, tanto en instituciones de salud públicas como en privadas.

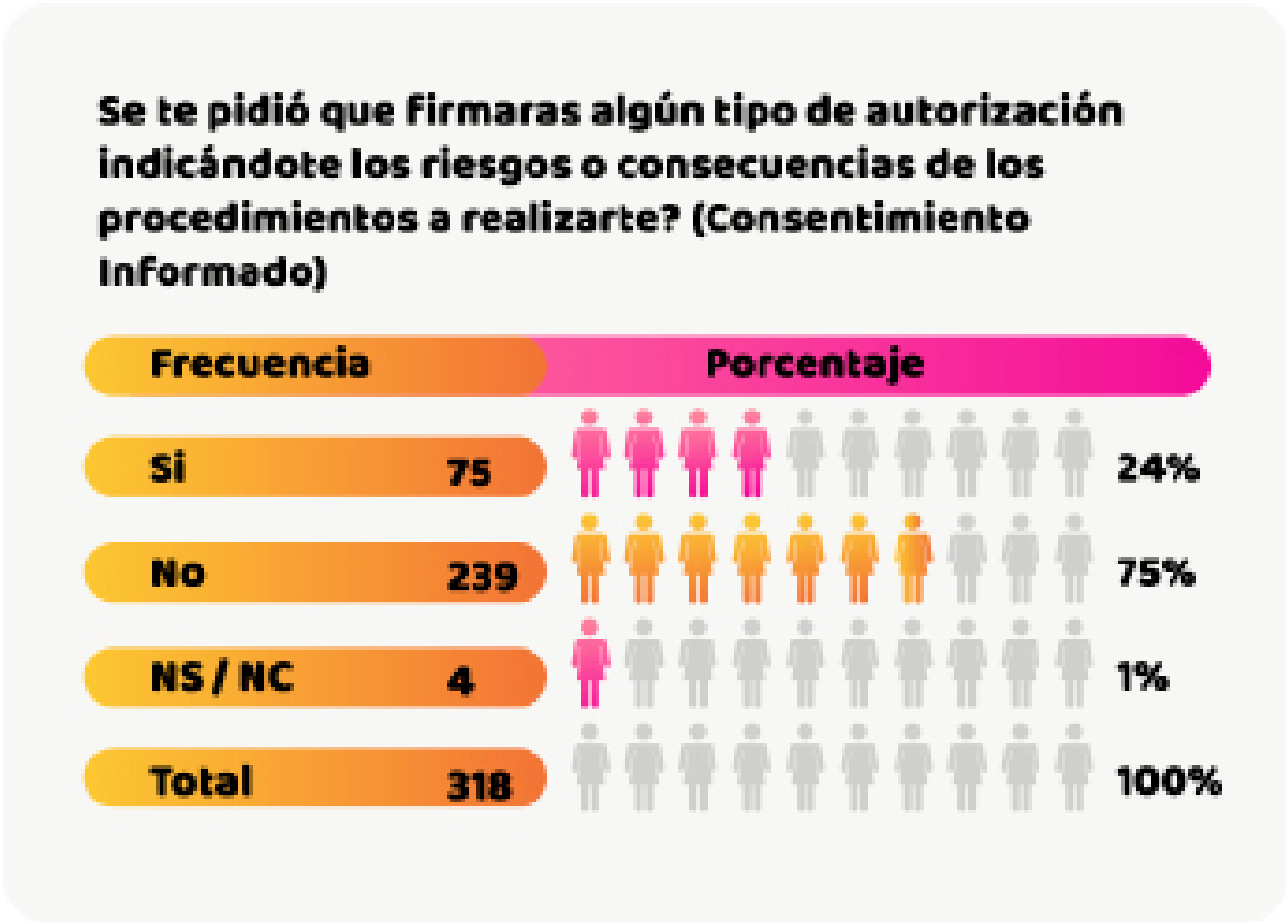
Desde 1985, las y los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15% (OMS 2015). También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes en nuestro país, y el comportamiento es similar en la región. Ésta, cuando se justifica, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados sus beneficios cuando este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro.



La práctica médica exige que el/la profesional de medicina, de forma individual o en conjunto con el equipo de atención, informe a la gestante sobre la naturaleza e implicaciones de los procedimientos que se le van a realizar; es decir que se trata de un derecho que la asiste. De igual manera, debe dejarse sentado en la historia clínica la constancia de ello y se exige que se avale con la firma de la gestante lo expuesto en un documento, es lo que conocemos como **Consentimiento Informado**. Por ello nos interesó explorar si esta práctica se realiza oportunamente y si habían recibido información verbal o escrita sobre los procedimientos a los que serían sometidas.

Las respuestas revelan que 3 de cada 10 mujeres no fueron informadas de forma verbal o por escrito sobre los procedimientos que les realizan. La no utilización del consentimiento informado es una práctica que afecta a las mujeres, no solo

en la dimensión física (aplicación de procedimientos en su cuerpo) sino en las dimensiones emocionales y psicológicas en un momento de tanta vulnerabilidad como lo es el parto y nacimiento.



En este sentido, el *Informe de la relatora especial sobre la violencia contra la mujer de Naciones Unidas* publicado en el año 2019 destaca el consentimiento informado como un derecho humano que precisamente ayuda a proteger contra la vio-

lencia obstétrica. Negarlo, afecta la toma de decisiones informadas de las mujeres durante el parto, igualmente se traduce en una violación de los derechos humanos que el Estado y su sistema de salud deben garantizar.

Sobre el **suministro de medicamentos** de manera informada, el 35% de las mujeres respondió que sí le fue solicitado el permiso, mientras **un 64% respondió que no**. Así mismo un 1% no contestó o no sabía. Omitir la solicitud de permiso a las mujeres para intervenir sobre sus cuerpos es parte del irrespeto hacia las mismas, y ello se corresponde con el trato negador de su autonomía y capacidad de decisión. Hecho muy frecuente en la relación del personal de salud con las usuarias, lo cual es una característica central del paradigma Médico Obstétrico, tal como lo ha explicado Virginia Murialdo (2020):

debido a la vulneración de la capacidad de decidir libremente de las mujeres y los matices de coacción y amenaza que en ocasiones se recibe por ejercer el derecho a la autonomía en el parto. Considero evidenciado el hecho de que el consentimiento informado implica utilidad exclusivamente al personal de salud, escudando dicha utilidad en el pretexto de estar proporcionando a las mujeres información de calidad para el ejercicio de su derecho a decidir (pág. 150).

Ello es coherente con el hecho de que el **75% de las mujeres respondió que no se le solicitó firmar el consentimiento informado**, mientras que solo al 24% respondió que sí y un 1% no respondió. Ello muestra que la ausencia de solicitud del



consentimiento informado es una práctica frecuente en el sistema de salud venezolano.

En cuanto a si el **personal de salud se presentó con su nombre, apellido y cargo**, el 48% de las entrevistadas respondió que sí, mientras que el otro 49 % respondió que no. Sin duda, que esta práctica tan extendida de no presentarse ante las usuarias, forma parte del trato deshumanizador que compone el amplio espectro de la violencia obstétrica.

El 45% de las mujeres respondió que **el personal de salud sí se mostró interesado en informar su proceso y aclarar sus dudas**; por el contrario, un **significativo 54% respondió que no**. Ese evidente desinterés de la mayoría por resolver las dudas de las usuarias forma parte de la actitud de no escucha a la que son sometidas sistemáticamente las mujeres, por lo que puede inferirse que son convertidas en sujetas pasivas de sus propios procesos.

En cuanto a si se **suministró información oportuna a sus familiares** durante el proceso del parto o cesárea, el 57% respondió que sí, mientras un 43% dijo que no. En la mayoría de los hospitales del sistema de salud público, las personas que integran las familias de las usuarias no son informadas sobre el estado de salud de las gestantes durante el embarazo, parto y puerperio. Lo que ratifica que el trato deshumanizador se hace extensivo a los y las familiares.

## Protocolos de atención durante el ingreso

Con respecto a **compartir la cama con otra usuaria** durante su estadía hospitalaria, un mayoritario **84% respondió que no lo hizo**, un 12% manifestó que se le realizaron procedimientos ambulatorios que no ameritaban pernocta o permanencia en el hospital. No obstante **el 4% de ellas, vale decir 12 usuarias, debió compartir cama** con otras mujeres. Este fenómeno es expresión de la saturación del servicio de hospitalización, las razones de esto obedecen sin duda al deterioro estructural y la crisis de servicios básicos que atraviesa el sistema de salud venezolano.

Sobre la colocación de una vía inmediatamente al llegar al hospital, el 77% de las respuestas (244 de las 318 mujeres preguntadas), fueron afirmativas. La colocación de la venoclisis inmediata corresponde a una de las prácticas del sobre intervencionismo médico sustentada en el principio de prevención del paradigma médico obstétrico. Es sabido que ello puede implicar una posible complicación de los partos y puede entenderse bajo la idea extendida de que todos los partos son potencialmente de riesgo.

Desde este paradigma, que no es más que una necesidad de control, se justifican las acciones sobre el cuerpo de las mujeres. Corresponde hacer énfasis en que el preventivismo en obstetricia hace parte del proceso de patologización, ésta se lleva a cabo durante el periodo pre patogénico, es decir, antes de que aparezcan las enfermedades, y tiene como propósito mantener y promover la salud, así

como de evitar la aparición de la enfermedad. Al respecto interesa destacar el concepto patologización, tal como lo describe Camacaro Cuevas (2009):

El cumplimiento de procedimientos y/o tratamientos de rutina, los cuales la mayoría de las veces no discriminan o individualizan a las mujeres, viene a ser una expresión de lo denominado medicalización de los procesos reproductivos y del parto, ya que, dado este tipo de atención obstétrica se reduce su posibilidad de valerse por sí mismas, dependiendo entonces de una intervención técnico médica para afrontar su vida sexual, reproductiva, psíquica y hasta cotidiana. Esa tendencia de la medicina a invadir e irrumpir en la reproducción humana se enlaza inexorablemente con la patologización de la vida, entonces evitando que la patología haga su fantasmal aparición, se medicaliza desde el episodio de parir/nacer hasta el de morir (párrafo 38).

Igual ocurrió con la práctica de la colocación del monitor fetal de forma continua, que se mostró en proporción positiva en 68% contra un 32% negativa, aun cuando la evidencia científica arroja que ello aumenta la tasa de cesáreas. Por el contrario se recomienda su uso de forma intermitente sólo cuando sea necesario (OMS OPS, 2019). En general, las pruebas de bienestar fetal no están recomendadas en embarazos de bajo riesgo porque aumentan la tasa de cesáreas.

**El 84% de** las mujeres (266 de 318) llegaron **rasuradas** a los centros de salud, en relación al 13% que no lo estaba y a un 3% a las que sí se le realizó al ingresar en

la institución. A pesar que esta práctica fue excluida del protocolo del MPPS y taxativamente no se recomienda, aún persiste. Lo que más interesa destacar es que un muy significativo número de mujeres lo realizó por sus propios medios antes de llegar al centro de salud, lo que puede indicar que se ha instituido culturalmente. Algo similar ocurrió con la colocación del enema evacuador, que tampoco hace parte de los protocolos, y tal vez ello explica que no se lo colocaran al 53% de las mujeres; no obstante persiste con un 7% al que sí. Como dato relevante se destaca que un 38% de las entrevistadas eligió como respuesta la opción “no aplica”.

Sobre la **ingesta de alimentos o de líquidos** durante el proceso de parto, el 59% de las entrevistadas respondió que no les fue permitido en relación a un 2% al que sí se le permitió. Cabe destacar que en el *Protocolo de atención de cuidado prenatales y atención obstétrica de emergencia* (2014) se menciona que si se trata de un parto natural se recomienda ingerir líquidos hipercalóricos como jugos, miel, agua de coco, esto en vez de sólidos como chocolates o caramelos.

En este punto las recomendaciones para cuidados durante el parto (OMS, 2019) señalan que en caso de las mujeres con embarazos de bajo riesgo es recomendada la ingesta de líquidos y alimentos vía oral durante el trabajo de parto, por lo tanto las restricciones de ingesta de alimentos o líquidos en los centros hospitalarios y clínicas sería una práctica contraria a las recomendaciones basadas en la evidencia científica.

En cuanto a la **rotura artificial de las membranas o amniotomía** antes del inicio del trabajo de parto o amniorrexis, el 29% respondió que no le fue realizado contra el sí del 24% y un mayoritario 47% que eligió “no aplica”. Como es notorio en casi un cuarto de las respuestas, resultó ser de uso habitual como aceleradora del parto, de allí que sea considerada una práctica que irrespeta el tiempo que toman los procesos de las gestantes y se constituya en una acción de carácter intervencionista.

Al explorar **la cantidad de tactos** que se realizaron a las usuarias, encontramos que a un 24% de ellas se les practicó de 1 a 3 tactos, al 23 % entre 4 a 10 y a un 5% se le practicó la exagerada cifra de **más de 10 tactos vaginales**. Los numerosos tactos realizados a las usuarias forman parte de las prácticas de sobre-intervencionismo médico, que se agrava cuando la mujer debe ser trasladada de un centro hospitalario a otro.

En este sentido, al indagar **cuántas personas les realizaron el tacto**, encontramos que al **36% de las mujeres les fue realizado por 1 o 2 personas, al 18% de 3 a 5 y al 3% por más de 6**. La práctica de múltiples tactos realizados por diferentes personas integrantes del equipo de salud, (sean médicos/as, residentes y estudiantes) está asociada al intervencionismo médico, así como también al uso del cuerpo de la mujer para la enseñanza de la Medicina dentro de este espacio.

El instrumento también preguntó sobre la estimulación de la **dilatación a través de la manipulación de los labios vaginales**, el 7% respondió que sí, un 46% res-

pondió que no y un 47% se decantó por “no aplica”. Al ser preguntadas, se supo también que un 9% de las mujeres encuestadas recibió **manipulación del cuello uterino para estimular su dilatación** y un 44% indicó que no le fue realizada dicha maniobra. Como puede entenderse, la manipulación de labios vaginales como del cuello uterino forma parte de las técnicas de aceleración del parto intervencionista sobre el cuerpo de las mujeres.

Estas prácticas rutinizadas evidencian el fenómeno de la patologización de lo fisiológico del parto y nacimiento. Elementos como la racionalidad, el tecnicismo, el mercantilismo y la depauperación de los principios humanistas transforman un proceso fisiológico en una enfermedad que debe ser atendida, monitoreada, intervenida y controlada por elementos externos e ignorando los signos que el mismo cuerpo de la mujer ofrece, como bien señala Camacaro Cuevas (op.cit.):

En las salas obstétricas prevalece el desconcierto y la incertidumbre, bajo estos signos labora el personal de dichas áreas, por ello, la rutina de trabajo les da la sensación de seguridad frente al acecho de la emergencia y la patología. Este tipo de atención va en una escalada que no tiene fin, las parturientas aun sin ser embarazadas de alto riesgo, son tipificadas como pacientes para poderlas tratar como tales. Las acuestan con sueros intravenosos para garantizar una forma rápida de actuar, por si acaso ellas presentan una emergencia, pero entonces, la vía en vena no las deja deambular; esto trae como consecuencia que las contracciones y la dilatación son más lentas, entonces le pasan por la vía intravenosa un oxitóci-



co para aumentar las contracciones y al aumentarlas son más dolorosas, lo que aumenta el estrés de la mujer y obviamente de quienes la atienden [...]. Todo esto sin hacer mención de las circunstancias afectivas, emocionales, psicológicas que sufre una parturienta mientras su cuerpo es objeto de esta serie infernal de procedimientos médicos. (párrafo 47).

## Procedimientos durante la fase expulsiva

En cuanto a la realización de la **maniobra de Kristeller** (empujar con el antebrazo la barriga de la usuaria) durante el parto, un 23% de las mujeres encuestadas respondió que sí le fue realizada versus otro 28% al que no se le realizó. Esta es una práctica violenta sobre el cuerpo de las mujeres cuyos efectos sobre su salud y la de sus hijas e hijos son ampliamente conocidos, no obstante se sigue practicando sin dejar constatación en las historias clínicas.

Respecto a esta maniobra de presión del fondo uterino, en Venezuela la *Norma Oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva* (2013) señala que se prohíbe su uso para acelerar la expulsión puesto que no existe evidencia científica que avale su utilización; ello en concordancia con la OMS en su más reciente publicación (2019) en la que señala que no recomienda su aplicación.

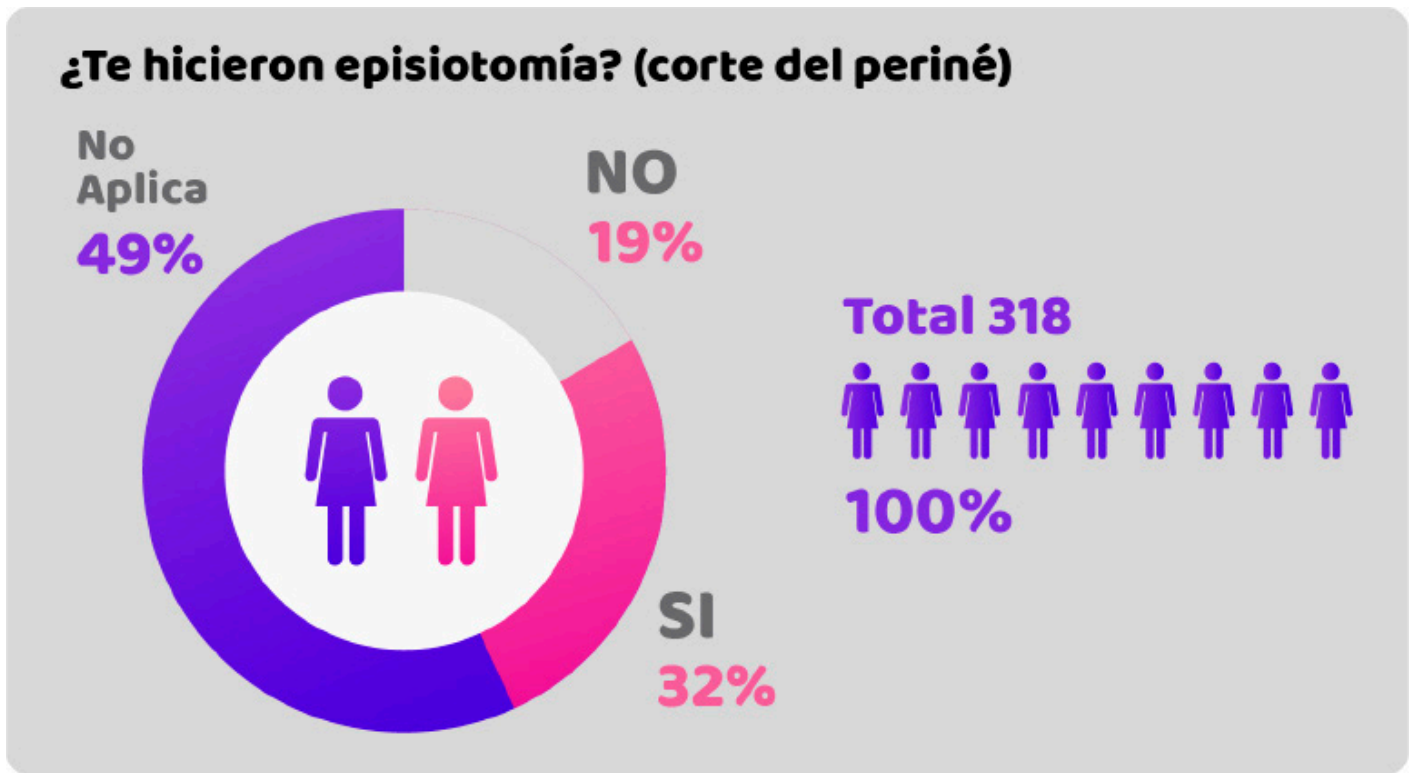
Sobre la realización de corte del periné o episiotomía, un 32% respondió afirmativo y un 19% negativo. **La episiotomía de rutina sigue siendo una de las prácticas**

**de intervencionismo médico más habituales que se hace sin el consentimiento informado de la mujer.** De acuerdo al *Informe de la relatora especial sobre violencia contra las mujeres de Naciones Unidas (2019)*, es alarmante la utilización de la episiotomía sin consentimiento informado, y su uso excesivo y rutinario deja consecuencias físicas y psicológicas en las mujeres, lo que puede sin duda constituirse en violencia de género y en un acto de tortura y tratamiento inhumano y degradante.

Al respecto el informe referido sentencia que:

La episiotomía y la sutura posterior al parto, cuando se practican sin consentimiento informado y sin anestesia, pueden tener repercusiones importantes en la vida sexual y reproductiva y en la salud mental de una mujer, y las cicatrices resultantes de esta práctica acompañan a la mujer durante el resto de su vida” (P.11).

En lo referido a las **molestias sentidas luego de la episiotomía**, la principal fue el dolor perineal representado por un 26%, seguido por un 20% que manifestó miedo a evacuar y/u orinar, un 17% con temor a toser y/o estornudar, un 13% con molestias manifestadas como presión y un 10% con queloides/cicatrización dolorosa. En menor frecuencia se encontró sangrado de la herida con un 6%, 4% respondió infecciones, 2% hematoma; y por último un 1% que manifestó otra o ninguna molestia en la misma proporción.



En el estudio se evidencia que de 101, lo que representa 3 de cada 10 mujeres, a las que se realizó la **episiotomía** durante el parto, un 66% indicó que no le **dijeron alguna frase al suturar**, otro 17% reportó que sí lo hicieron y otro 17% reporta no sabe no contesta. Entre las frases que reportadas al momento de suturar la herida tenemos:

“La dejé como de 15”, “Ahora eres virgen otra vez”, “La cesárea quedó como corte de modelo”, “No te quejes, eso se quedó igualito a como la tenías”, “Como te por-

*taste bien, te voy a coser bonito”, “Quedaste bonita” y “No te muevas, que si me paso, te va a doler más”.*

Cada una de estas frases son enunciados de carácter degradante y cargados con significados sexistas, peyorativos y explícitos a los que están expuestas las mujeres durante sus partos.

En atención a las mujeres que tuvieron parto vaginal (151 de las entrevistadas), un 85% reporta que no fue **utilizado el fórceps**, mientras que otro 12% indicó que sí, al margen de un 3% que contesta no saberlo. Esta práctica forma parte de la oferta habitual de la enseñanza de las escuelas de Medicina, sea necesaria o no su aplicación, lo que debe considerarse sin duda como parte de la instrumentalización del cuerpo de las mujeres; lo cual implica tomar el cuerpo como si estuviera disponible para la práctica y/o el aprendizaje de terceros con fines didácticos y/o de investigación.

En cuanto al procedimiento conocido como la **revisión uterina**, que se realiza una vez que es expulsada la placenta, las respuestas evidencian que un 17% de las mujeres reportaron que sí revisaron su placenta, un 6% indica que no y un alto porcentaje de mujeres representado por un 29%, no se dio cuenta si revisaron o no al ser expulsada. Interesa destacar que el 48% eligió la respuesta “no aplica” a esta pregunta puesto que estuvieron dentro del procedimiento de la cesárea. La literatura médica indica que es fundamental llevar a cabo esta revisión. De ello depende que la revisión se lleve a cabo o no. Así lo establece el protocolo

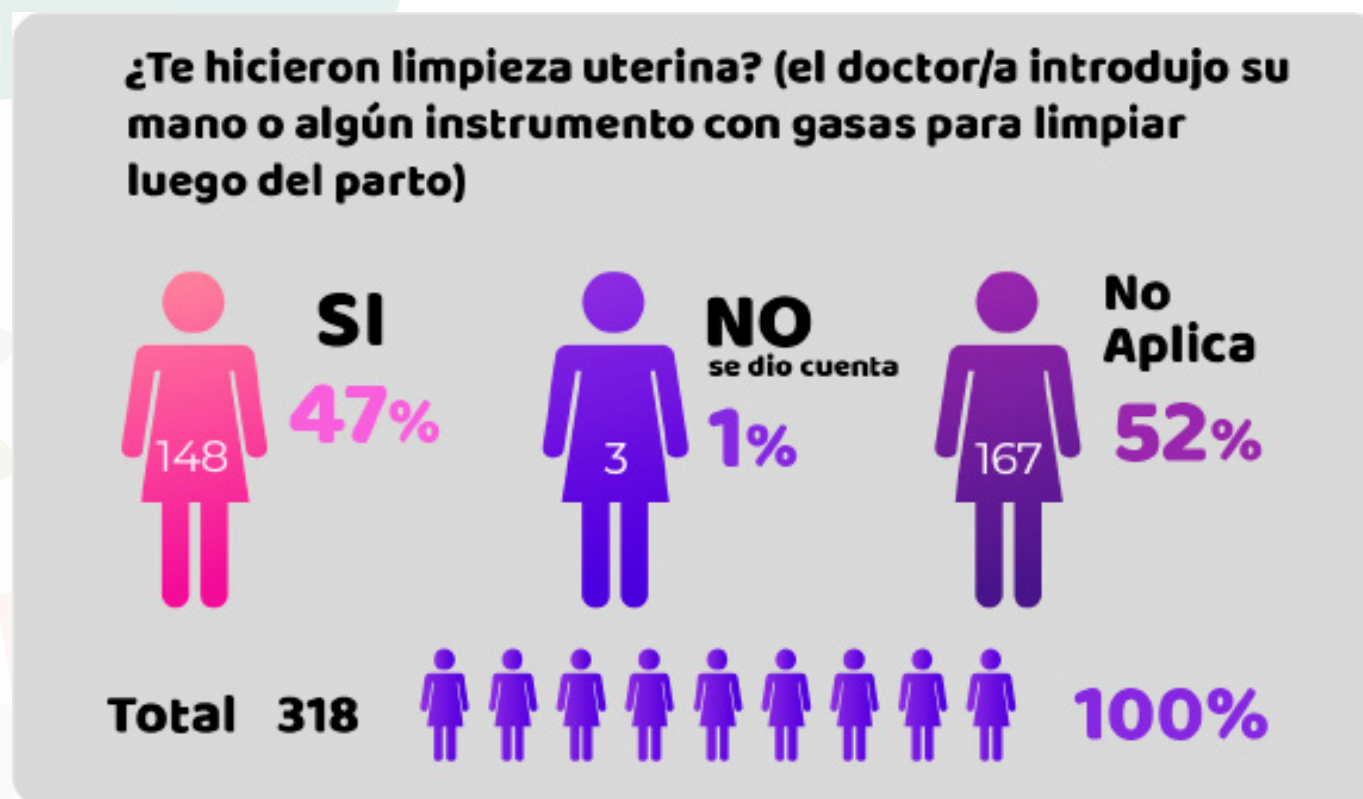
de atención. La posición de litotomía-decúbito dorsal sitúa la maniobra fuera del campo visual de la parturienta, tanto en la cesárea como en el parto vaginal.

Al preguntar si se **realizó revisión uterina** (si el/la doctor/a introdujo su mano o algún instrumento con gasas para limpiar luego del parto), casi la totalidad de las mujeres que tuvieron parto vaginal, -es decir el 46%- respondió que sí se la realizaron; sólo un 1% de las que tuvieron parto vaginal contestó que no se dieron cuenta y el resto, el 52% se corresponde a las mujeres que tuvieron parto por vía cesárea, por lo cual esto no aplica.

Este procedimiento rutinario es muy doloroso, principalmente si se hace sin anestesia o no se esperan los efectos de ésta en el cuerpo de la recién parida. Según los hallazgos que ofrece este estudio, **se le realizó a todas las mujeres que tuvieron parto vaginal**, una demostración más del uso instrumental del cuerpo de las mujeres para el aprendizaje en el ejercicio de la Medicina. Al respecto, hay que considerar que en los casos en los que hay indicación para hacerla. Lo fundamental es que esta práctica debe realizarse bajo anestesia, tal como reseñan Camacaro y otras (2019):

La revisión manual uterina puede ser un procedimiento opcional y únicamente justificado ante la evidencia clínica, o paraclínica, de retención de restos placentarios o membranosos, siendo innecesaria y en algunas ocasiones perjudicial, si estos hallazgos no se encuentran. La aplicación de anestesia para la realización de este procedimiento según reseña el autor,

de manera vehemente, constituye un requisito indispensable; y no es de extrañarse ya que esta práctica está catalogada según la OMS como “categoría D: actos que son llevados a cabo frecuentemente de manera errónea” y también como “categoría B: actos que son claramente dañinos o inefectivos y debieran ser eliminados” (pág. 15).



Otra práctica vejatoria es el atar a las mujeres a la cama de parto. Aunque un 56% reportó que no le ocurrió; un 36% optó por “no aplica” y un 1% no se dio cuenta; un 7% de las mujeres encuestadas refirió que sí fueron amarradas.



En cuanto a si se le permitió algún acompañante o familiar estar presente durante el parto o cesárea el 14% de las mujeres encuestadas dijo que sí pero la gran mayoría que corresponde con el 86% de ellas indicó que no, de lo que puede entenderse que el trato deshumanizador es vivido por las mujeres gestantes y que este es extensivo a sus familiares.

Finalmente, también se evidenció que solo 9% de las mujeres encuestadas refirió que durante el trabajo de parto algún integrante al personal de salud le explicó métodos alternativos como posturas o ejercicios para aliviar el dolor; mientras un 35% optó por “no aplica” y un 56% de las mujeres encuestadas no recibió ninguna información al respecto, contradiciendo las *recomendaciones de la OMS (2019)*, la *Norma Oficial de Salud Sexual y Reproductiva (2013)* y la *Gaceta de Parto Humanizado (2018)*.

## **6. Sobre el puerperio inmediato**

Las restricciones para uso de objetos personales también se abordó en este estudio. El 25% de las mujeres entrevistadas expresó que le fue restringido el uso de artículos personales como celulares, almohadas o artículos de higiene, durante su estadía en el centro de salud, en contraste con el 75% que respondió que no tuvo restricciones de esta índole.

Resulta de especial interés que el 48% de las mujeres contestaron que no les llevaron a sus hijos/as a la habitación inmediatamente que la trasladaron después del parto o cesárea, mientras que el 51% dijo que sí. Sobre los cuidados post

evento obstétrico, el 53% de las mujeres contestó que sí le suministraron información contra un 46% que respondió que no. El 63% de las mujeres contestó que sí le suministraron información sobre la lactancia materna, versus el 36% que lo negó. También es interesante dejar ver que 3 de cada 10 mujeres contestó que presentó complicaciones para amamantar a sus hijos/as.

Finalmente, el 80% de las mujeres (256 de 318) contestó que no le dieron una cita para consulta de planificación familiar, lo que sí le ocurrió al 13% a quienes sí se la proporcionaron. Esto contrasta con lo que señala con los lineamientos del MPPS en la *Estrategia de la Ruta Materna*, donde se dice que la ruta tiene la capacidad de dar consejería y orientación en materia de anticoncepción, al igual que enlazar con los consultorios fortalecidos en el ámbito de planificación familiar para que las mujeres puedan decidir por el método de su preferencia.

Así mismo, como lo detalla la OPS (2018), los Estados deben garantizar que las personas tengan acceso a métodos anticonceptivos de su preferencia, lo que está en consonancia con los derechos humanos como el derecho a la vida, la libertad, la educación y la salud. En este sentido, es importante recalcar que tanto la OPS como la OMS han estado asesorando a Venezuela en el Plan Nacional de Reducción de Morbilidad Grave y Mortalidad Materna y Neonatal, que se adelanta en el país desde el año 2018.

## Conclusiones

### *Nuestra realidad en clave de mujer*

La realidad de las mujeres venezolanas participantes en el estudio se encuentra muy lejos de poder ser catalogada como una experiencia de parto positiva, por estar desprovistas de apoyo emocional y sin la posibilidad de ejercer su autonomía para tomar decisiones informadas. Las intervenciones médicas y el trato recibido en los centros de salud evidencian el irrespeto a sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

De acuerdo con el MPPS, la estrategia de la *Ruta Materna* se centra en formar y sensibilizar al personal de salud para mejorar la calidad y calidez de la atención al embarazo, parto y nacimiento, al igual que promover una experiencia positiva del nacimiento y la lactancia; no obstante los hallazgos presentados muestran de manera inequívoca que la atención a la gestación, parto, nacimiento y puerperio inmediato distan mucho de estar en armonía con los avances científico-técnicos.

La VGO vivida por las mujeres demuestra la ineficacia y la invisibilización, de políticas públicas que garanticen la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres dentro de un sistema de salud que tiene la responsabilidad de brindar una atención de calidad. La carencia de programas de formación continuos para el personal de salud que genere cambios en la práctica, al igual que los escasos espacios

de difusión y formación para que las mujeres puedan conocer sus derechos, hagan contraloría y logren exigir sus derechos de manera sustantiva, evidenciando la desarticulación de las estrategias que ha empleado el sistema de salud.

En el país carecemos de información oficial sobre los avances y acciones de la Coordinación Nacional de la Ruta Materna, programa responsable de proponer la actualización periódica de las normativas oficiales y protocolos de atención para garantizar una atención basada en el enfoque de derechos. La investigación realizada determinó que en buena medida, las prácticas del personal de salud obvian las directrices de los protocolos y leyes nacionales, amén de que consideramos que éstos requieren ser revisados y actualizados de acuerdo a la evidencia científica reciente.

Un aspecto resaltante ha sido el desinterés del sistema de salud por informar a las mujeres de aspectos relevantes de su salud sexual y salud reproductiva, también ha sido notoria la ausencia de programas dirigidos a la salud mental de las mujeres que viven la experiencia de gestación, parto y nacimiento. Creemos necesario visibilizar el impacto que tiene la violencia ginecobstétrica no sólo en el cuerpo de las mujeres, sino en su salud mental.

Recordemos que Venezuela es signataria de la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, por lo que el Estado está en la obligación de diseñar, ejecutar, hacer seguimiento y evaluar políticas públicas

para eliminar la discriminación y la violencia contra las mujeres en el ámbito de la atención en salud. Esto en consecuencia supone un compromiso y un deber que requiere atención sin dilataciones.

Debemos resaltar el diseño de políticas públicas con un enfoque en derechos sexuales y derechos reproductivos en este ámbito, requiere de la participación de las y los diferentes actores que se involucran en este proceso, es necesario ampliar la convocatoria para una mayor discusión y reflexión sobre el modelo de atención médica, las normativas y protocolos vigentes contrastado con la evidencia científica actualizada, para que puedan participar organizaciones de derechos humanos, feministas, movimientos de base dentro de las comunidades, las propias escuelas de medicina del país y la sociedad venezolana de ginecobstétrica; todas con una disposición a reconocer la existencia y naturalización de prácticas violentas que deben ser transformadas porque, como hemos argumentado, constituyen una violación a los derechos de las mujeres.

### *Políticas para la acción*

Las publicaciones sobre Violencia Obstétrica en Latinoamérica reconocen a Venezuela como el primer país del mundo en emplear el término en el año 2007 en la *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* allí es definida en el capítulo III como un tipo de violencia basada en género que implica:

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” (artículo 15, numeral 15).

Aún cuando la LODMVLV define y tipifica a la violencia obstétrica, ésta sigue siendo un fenómeno desapercibido y naturalizado en las instituciones públicas o privadas de salud por parte del personal, tanto en la atención a las gestantes, la formación y práctica asistencial de las y los futuros obstetras; tanto en la atención al embarazo, parto y puerperio así como en la planeación y ejecución de políticas.

Creemos que existe un desconocimiento generalizado de La Ley de parto humanizado (2018) y más aún de la Norma Oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva, tanto que es obviada en la práctica cotidiana de los establecimientos de salud.

Asimismo, estamos conscientes que se hace urgente la participación del Estado con políticas de salud en esta materia de derechos humanos. Otras de las consideraciones de vital importancia desde donde hemos construido la matriz investigativa que soporta esta disertación, es el papel que juega el saber dominante de la disciplina ginecobstétrica, el cual determina la formación profesional de quienes tendrán en sus manos la dinámica de atención de las embarazadas.



En este tablero social de esfuerzos por abrir camino hacia un trato humano, digno y respetuoso durante el momento del parto y nacimiento, una de las conquistas contundentes ha sido el interés y la valoración del trabajo académico de evidenciar desde investigaciones rigurosas, que la atención institucionalizada recibida por las embarazadas/parturientas (cuando están en la gestación, parto, nacimiento y puerperio) es violatoria de sus derechos humanos. Este logro permitió que en la LOSDMVLV, la violencia obstétrica fuese categorizada como uno de los tipos de violencia de género, además de que esgrime una definición de esta.

A pesar de los esfuerzos realizados, la revisión de planes, programas y proyectos muestran cifras de mortalidad materna que distan de ser expresiones de garantía del derecho humano de ejercer la maternidad en forma segura y que, además, no son contingentes con el grado de desarrollo humano del país. Sigue siendo un desafío revertir la realidad de que en Venezuela **las muertes maternas tienen una marcada distribución social y territorial: un estudio del propio Ministerio del Poder Popular para la Salud, muestra que esa tasa es muy superior en los estratos más pobres de la población, y que se incrementa en las mujeres que están excluidas del mercado laboral y/o de bajo nivel educativo (MPPS, 2010).**

De modo que analizar la violencia obstétrica como problema implica dar una mirada a los aspectos simbólicos que se expresan como prácticas sociales, culturales e instrumentales que son a su vez inherentes a las desigualdades estructurales de la región y claves determinantes de la misma; todas expresiones del poder instituido como *hábitus*, en palabras de Pierre Bourdieu (2008).

Como hemos argumentado antes, la violencia obstétrica no es sólo consecuencia de protocolos obsoletos y mala praxis médica, se trata de otra forma de violencia contra las mujeres que las infantiliza, las trata desde una posición paternalista que encubre el poder patriarcal y prácticas vejatorias, las ignora y subestima. Todas son formas de relación tan normalizadas que resulta difícil visibilizar el problema y actuar en consecuencia.

Esta violencia se manifiesta de distintas maneras y eso hace que las mujeres se sientan agobiadas, acomplejadas, adoloridas después del parto sin saber a qué atribuirlo, lo que genera un malestar extendido. La presencia de múltiples deficiencias en el acceso a servicios adecuados de salud materna, hacen que esta violación de múltiples derechos sea una práctica inercial, sistemática e irreflexiva y que en consecuencia, las víctimas presenten en general peor estado de salud, tanto física (secuelas sexuales, dolor, incontinencia, problemas con la lactancia, etc.) como emocional (síndrome de estrés postraumático, depresión postparto, rechazo a ser tocada, etc.) lo que se constituye un problema de grandes mayorías.

## Bibliografía citada

Bourdieu, Pierre, (2008). *La dominación masculina*. Anagrama.

Camacaro Cuevas, Marbella; Arismendi Serrano, Marienela; Orellana Cabrera, Estefany; Pinto Ramos, Mishelle; Naranjo, Maria (2019). “Voces de mujeres que denuncian la violencia obstétrica: Revisión manual uterina como rutina”. *Revista Inclusiones*. Volumen 6, Número Especial, Octubre/Diciembre 2019.

Camacaro Cuevas, Marbella (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. v.14 n.32. Caracas jun. párrafo 38.

Carosio, Alba; Flores Sequera, Mitzy; González Broquen, Ximena; Acevedo, Doris; González, María Cristina; Rodríguez, Indhira Libertad; Elíaz, Tania (2021). Mujeres viviendo la pandemia en Venezuela. En: Bidaseca Karina y Meneses Paula (eds.). *Poética erótica de la relación. Pandemia, cuerpos y cuidados. Impacto del COVID-19 en la vida de las mujeres cis y disidencias: Argentina, Brasil, Venezuela y España*. 38-51. Boletín 1, No.1. Disponible en: <https://www.clacso.org/boletin-1-poetica-erotica-de-la-relacion/>

Flores Sequera, Mitzy (2018). *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer ¿evidencia de una epistemología otra?* *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer-UCV*. Vol. 23, N° 50. Caracas Disponible en: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_vem/article/view/16953/144814483389](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vem/article/view/16953/144814483389)

Jojoa-Tobar, Elisa, Cuchumbe-Sánchez, Yuler Darío, Ledesma-Rengifo, Jennifer Briyith, Muñoz-Mosquera, María Cristina, Campo, Adriana María Paja, Suarez-Bravo, Juan Pablo. (2019). Violencia obstétrica: hacer visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud* , 51 (2), 135-146. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>

González Blanco, Mireya (2017). “Mortalidad materna en Venezuela: ¿Por qué es importante conocer las cifras?”. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. Caracas, v. 77, n. 1, p. 1-4, marzo. Disponible en: *Rev Obstet Ginecol Venez* [online]. 2017, vol.77, n.1, pp.1-4. ISSN 0048-7732.

Hugh Rodman Leavell y E. Gurney Clark (1957). *Textbook of Preventive Medicine*. McGraw-Hill.

IESALC (2021). *Mujeres en la educación superior: ¿la ventaja femenina ha puesto fin a las desigualdades de género?* UNESCO. IESALC. Paris. Disponible en: <https://www.iesalc.unesco.org/wp-content/uploads/2021/03/Informe-Mujeres-ES-080321.pdf>

Karolinsky Ariel y otros (2015). #Modelo para abordar integralmente la muerte materna y la morbilidad materna grave”. *Revista Panameña de Salud pública*. 37-351.

Maffia Diana (2007). “Epistemología feminista: La subversión semiótica de las mujeres en la ciencia.” En *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, Vol.12, No. 28. Caracas: UCV.

Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2010). Dirección General de Epidemiología.

Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2013). *Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva*. Caracas

Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2014). *Protocolo de atención de cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia*. Caracas.

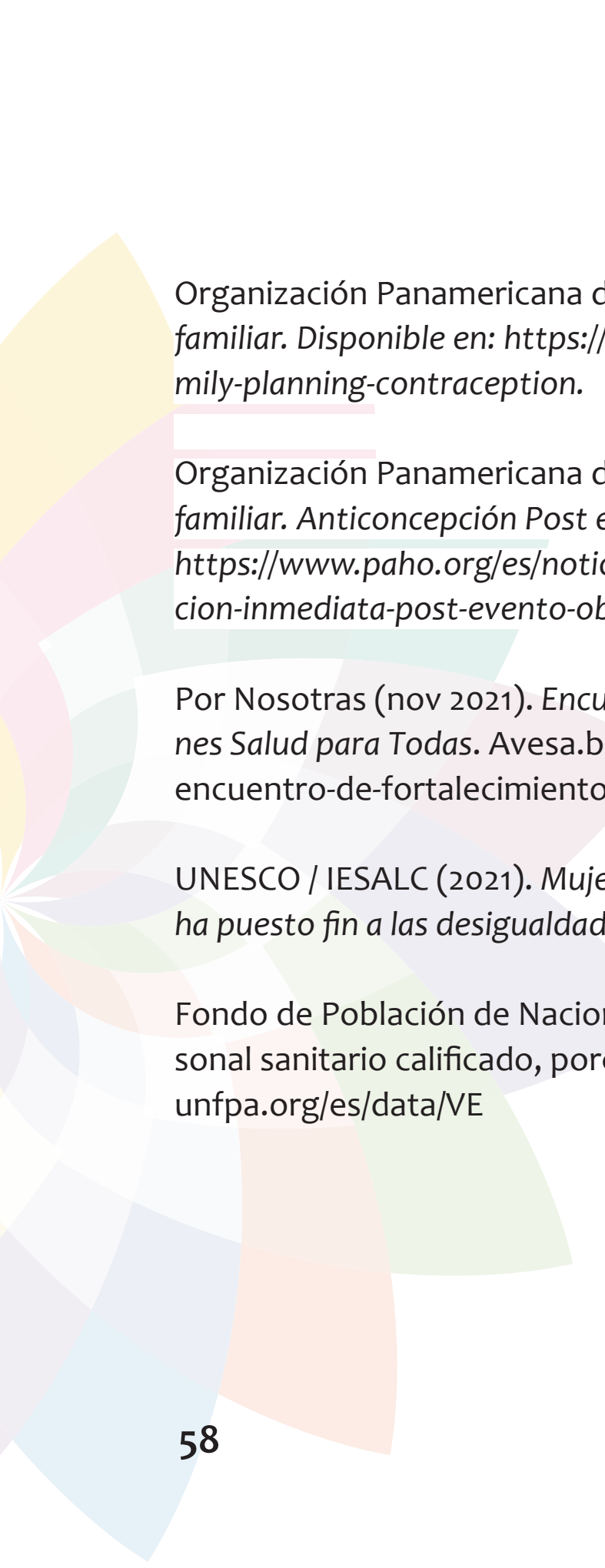
Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2022). *Manual Operativo para la Implementación de la Ruta Materna*. Caracas.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Ginebra. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>

Organización Mundial de la Salud (2015) *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra.

Organización de Naciones Unidas (2019). *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2019). *Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*.



Organización Panamericana de la Salud (2018). Nota descriptiva. *Planificación familiar*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.

Organización Panamericana de la Salud (2020). Nota descriptiva. *Planificación familiar. Anticoncepción Post evento obstétrico*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2018-ops-mpps-facilitaran-anticoncepcion-inmediata-post-evento-obstetrico-27>

Por Nosotras (nov 2021). *Encuentro de Fortalecimiento Alianza de Organizaciones Salud para Todas*. Avesa.blog. Disponible en: <https://avesa.blog/2021/11/13/encuentro-de-fortalecimiento-alianza-de-organizaciones-salud-para-todas>

UNESCO / IESALC (2021). *Mujeres en la educación superior: ¿la ventaja femenina ha puesto fin a las desigualdades de género?* Paris.

Fondo de Población de Naciones Unidas (2021). *Nacimientos atendidos por personal sanitario calificado, porcentaje. 2014-2019*. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/data/VE>





***El Observatorio Venezolano de Violencia Ginec-obstétrica de Venezuela*** nace como una propuesta de la organización Parir con Placer junto a las organizaciones Mesa de Mujeres, Diversidad y Estudios de la Vida Cotidiana, Mujeres por los Derechos y la Asociación Civil de Planificación Familiar, todas integrantes de la Alianza Salud para Todas.

Tiene como propósitos visibilizar la violencia ginec-obstétrica a través de la construcción de un discurso crítico de las relaciones de poder médico hacia las mujeres y sus familias.

También se propone impulsar espacios de formación y participación ciudadana para conocer, afirmar y ejercer los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Se plantea varias dimensiones de acción. Entre ellas:

### **1. Monitoreo**

Sistematización de la información y data estadística relacionada con la violencia ginec-obstétrica en el país.

Difusión de estadísticas regionales y nacionales así como de casos específicamente relacionados con la violencia ginec-obstétrica.

Asesoramiento y acompañamiento de denuncias.

Seguimiento a los centros de salud que han sido denunciados/reconocidos por ejercer prácticas de violencia ginecobstétrica.

## **2. Aporte a las políticas públicas**

Revisión y discusión de políticas públicas, proyectos de ley, planes y programas del Estado en torno a dicha temática.

Apoyo y promoción al cumplimiento de las leyes.

Acompañamiento a centros de salud que promueven el parto respetado.

Elaboración de recomendaciones a organismos e instituciones de salud y educativas que trabajen en la temática.

## **3. Investigación y formación**

Promoción, diseño y ejecución de estudios específicos, trabajos especiales de grado y proyectos de investigación con esta temática.

Asesoría y apoyo en la formación de profesiona-



**OVGO**  
VENEZUELA

les con interés en la temática.  
Sistematización de experiencias sobre prácticas de parto respetado.

Ofrecimiento de cursos, talleres y charlas divulgativas sobre el tema.

#### 4. Divulgación

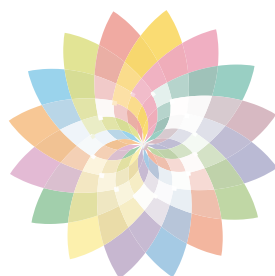
Generación de un directorio de profesionales de salud que promuevan el parto respetado.

Creación de campañas de sensibilización para visibilizar los derechos sexuales y derechos reproductivos centrados en una vida libre de violencia.

Articulación, apoyo y difusión de acciones con otros observatorios, colectivos y agrupaciones vinculadas a la temática de VGO.

***[violenciaobstetricave@gmail.com](mailto:violenciaobstetricave@gmail.com)***  
***[www.ovgove.org](http://www.ovgove.org)***





*Informe editado en  
la República Bolivariana  
de Venezuela*

*En el mes de diciembre  
de 2022*

