



**Universidad Católica Del Táchira  
Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas  
Escuela de Derecho**

**EL PARTO HUMANIZADO FRENTE A LA VIOLENCIA  
OBSTETRICA EN VENEZUELA**

Autora: Bonilla, Andrea  
Profesora: Sierra, Ana Lola

San Cristóbal, Mayo de 2020



**UNIVERSIDAD CATÓLICA TÁCHIRA  
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS  
ESCUELA DE DERECHO**

**ACEPTACIÓN DEL TUTOR**

Por la presente hago constar que he leído el trabajo de grado presentado por la ciudadana ANDREA BONILLA MUROLO, titular de la cedula de identidad V-25.977.747, para optar al título de ABOGADA cuyo título es “EL PARTO HUMANIZADO FRENTE A LA VIOLENCIA OBSTETRICA EN VENEZUELA”.

Asimismo, hago constar que acepto asesorar al estudiante en calidad de tutor durante el desarrollo del trabajo hasta su presentación final y evaluación.

En San Cristóbal a los 20 días del mes de mayo de 2020

---

Abg. Ana Lola Sierra

C.I.: V-



**UNIVERSIDAD CATÓLICA TÁCHIRA  
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS  
ESCUELA DE DERECHO**

**APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi carácter de tutor de trabajo de grado, presentado por la ciudadana **ANDREA BONILLA MUROLO**, titular de la cedula de identidad V-25.977.747, para optar al título de **ABOGADA** cuyo título es “**EL PARTO HUMANIZADO FRENTE A LA VIOLENCIA OBSTETRICA EN VENEZUELA**” considero que este trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser considerado Aprobado.

---

Abg. Ana Lola Sierra

C.I.: V-

## ÍNDICE

	pp.
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
ÍNDICE.....	iii
RESUMEN.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
<b>CAPÍTULO</b> .....	<b>3</b>
I    EL PROBLEMA.....	3
Formulación de Problema.....	6
Objetivos de la Investigación.....	7
Justificación e Importancia de la Investigación.....	8
II   MARCO TEÓRICO.....	9
Antecedentes de la Investigación.....	10
Bases teóricas.....	19
El parto humanizado como mecanismo de protección a los derechos sexuales de la mujer.....	18
Marco jurídico que regula la violencia obstétrica en Venezuela .....	34
Efectos en materia de derechos humanos de la implementación del parto humanizado y el reconocimiento de la violencia obstétrica en Venezuela.....	48
Marco Normativo.....	49
III  MARCO METODOLÓGICO.....	53
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS.....	58



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL TÁCHIRA  
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS  
ESCUELA DE DERECHO**

**EL PARTO HUMANIZADO FRENTE A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN  
VENEZUELA**

**Autora:** Bonilla Andrea

**Tutora:** Sierra, Ana

**Año:** Mayo, 2020

**RESUMEN**

El parto humanizado surgió como una solución a un tratamiento generalizado, mecánico y muchas veces inhumano que se le daba a las mujeres en el proceso de gestación y alumbramiento, esta modalidad garantiza que este proceso se lleve a cabo en condiciones armónicas, donde se velen por los derechos de la madre, la familia y el nuevo ser. Con el parto humanizado el personal de salud crea un entorno de respeto y tranquilidad, permite el protagonismo de la mujer dejando que esta decida la posición que desee adoptar que haga sentirse más cómoda durante el trabajo de parto, así como generar confianza en su cuerpo y en su capacidad de parir, y la posibilidad de tomar decisiones sobre aceptar o no medicamentos para el dolor. En efecto, prácticas contrarias esto evidencia la transgresión de derechos sexuales y reproductivos de la mujer que pueden dar lugar a un tipo de violencia como es la violencia obstétrica. Es por esta razón, que se planteó como objetivo general Analizar el parto humanizado frente a la violencia obstétrica en Venezuela y como objetivos específicos: 1) Explicar el parto humanizado como mecanismo de protección a los derechos sexuales de la mujer 2) Señalar el marco jurídico que regula la violencia obstétrica en Venezuela y 3) Explicar los efectos en materia de derechos humanos de la implementación del parto humanizado y la tipificación de la violencia obstétrica en Venezuela. Metodológicamente se trata de un estudio documental y cualitativo en el que se aplicaron técnicas y procedimientos propios de este tipo de investigaciones, concluyendo que el parto humanizado es el mecanismo idóneo para garantizar el respeto de los derechos no solo de la mujer sino de todo su núcleo familiar, dando cumplimiento así a los instrumentos jurídicos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos.

Descriptores: Derechos, Humanizado, Parto, Violencia, Obstétrica.

## INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto se convirtió durante los últimos años en una práctica violenta producto de la automatización del sistema de salud en donde la opinión y deseos individuales de cada mujer no eran valorados por parte del personal de la salud, haciendo de un hecho natural y hermoso como el alumbramiento un acto violatorio de los derechos humanos de las mujeres. Para superar este flagelo, surge el parto humanizado como una modalidad de atención de parto caracterizada por brindar condiciones armónicas donde se garantice el respeto a los derechos de los padres y los niños durante el proceso de embarazo y nacimiento.

En efecto, con la implementación del parto humanizado, el proceso de parto deja de convertirse en una enfermedad para tratarse como lo que es, un evento natural donde la mujer puede decidir la forma de alumbramiento y el modo en el que el mismo se llevará a cabo, es decir, comprende una serie de medidas dirigidas a evitar cualquier hecho violento que atente contra la integridad física, mental y emocional de la madre y sus hijos. En el caso de Venezuela, esta práctica se ha ido aplicando gracias a la promoción que de ella se ha hecho desde el gobierno nacional como mecanismo para garantizar el respeto a los derechos de las mujeres, especialmente el de los derechos sexuales y reproductivos.

Es por ello, que la presente investigación está dirigida a analizar como el parto humanizado contribuye a la disminución y radicación de la violencia obstétrica como una de las formas de violencia contra la mujer contemplada en el ordenamiento jurídico venezolano. Para el desarrollo de la presente investigación se organizó el trabajo así:

Capítulo I contentivo del planteamiento del problema y los objetivos de la investigación, así como la justificación e importancia, alcances y limitaciones.

Capítulo II, se desarrolla los antecedentes de la investigación y las bases teóricas que son el sustento teórico del estudio.

Capítulo III, se aborda la metodología aplicada que permitió el desarrollo de la investigación y poder responder así a las preguntas planteadas finalizando el mismo con las respectivas conclusiones y por último las respectivas referencias bibliográficas como fuente de información.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **Planteamiento del Problema**

La naturaleza ha dotado a la mujer del privilegio de dar vida y de constituirse en el canal mediante el cual los seres humanos vienen al mundo, pues dentro de su cuerpo se gesta el producto de la fecundación que se produce con la implantación del cigoto en el útero hasta el momento del parto que abarca un periodo de tiempo de 40 semanas o nueve (9) meses. Ahora bien, desde el inicio de este proceso, la mujer sufre un conjunto de cambios tanto en el orden físico, psicológico y emocional, los cuales son extensivos incluso hasta después del nacimiento del bebé, por ello, es considerado como un proceso complejo y delicado que puede poner en riesgo la vida de la mujer, causando en muchos casos hasta la muerte.

Es por esta razón, que las embarazadas y madres requieren de una protección y tratamiento especial, tanto desde el punto de vista médico como jurídico, con la finalidad no solo de proteger a la mujer evitando daños a su salud, sino también la de sus hijos y del resto de su familia, por ello, las constituciones políticas de la mayor parte de los países del mundo, consagran los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, así como la protección de la familia, la maternidad y paternidad, reconociéndoles un conjunto de derechos y deberes a cada uno de sus miembros, así como la obligación de su protección por parte del Estado y la sociedad.

En cuanto a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, señala Salazar M (s/f) que “incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y el derecho a decidir libremente sobre ello, sin verse sujeta a coerción,

discriminación o violencia”<sup>1</sup>. Por tanto, estos derechos comprenden la libertad de decisión que tiene la mujer sobre su sexualidad y reproducción, así como el derecho de gozar de salud sexual y reproductiva, en consecuencia, la mujer tiene derecho a elegir libremente y sin ningún tipo de violencia o coacción: Su vida sexual, la procreación, la anticoncepción, el aborto legal, el derecho a recibir servicios de salud de calidad durante el embarazo y el parto, así como recibir información oportuna y adecuada sobre los mismos.

En sencillas palabras, es el derecho de autonomía que tienen las féminas de tomar decisiones libres, informadas y responsables respecto a la sexualidad y la procreación, que aseguren el desarrollo y la salud integral, así como calidad de vida. Ahora bien, el parto humanizado se constituye en expresión de este derecho y así lo afirma la Unidad de Atención Integral a la Mujer Minsal al señalar que la:

Atención Humanizada del Parto y Nacimiento: Una práctica no violenta de atención del embarazo, parto y nacimiento asegura el respeto de los derechos fundamentales, de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, reduciendo complicaciones perinatales, la mortalidad materna y los costos de la asistencia médica<sup>2</sup>

De acuerdo con lo anterior, el parto humanizado es una práctica no violenta de atención que se debe implementar especialmente por parte del personal de la salud y que comprende una serie de medidas tales como “Permitir que las mujeres tomen decisiones acerca de su cuidado, Acompañamiento continuo durante el trabajo de parto y parto. Libertad de

---

<sup>1</sup>SALAZAR, M (S/f) Los Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en México en el Marco Jurídico Internacional [Documento en línea] fecha de consulta: 20 octubre 2019. Disponible en: <http://www.femumex.org/docs/revistaDigital/losDerechosSexualesYReproductivosDeLasMujeresEnMexicoEnElMarcoJuridicoInternacional.pdf> p.5

<sup>2</sup>Unidad de Atención Integral a la Mujer Minsal. Parto Humanizado Violencia Obstétrica Panorama General [Página en línea] fecha de consulta: 02 de noviembre 2019. Disponible en: [https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud\\_2016\\_presentaciones/presentacion21102\\_016/PARTO-HUMANIZADO.pdf](https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2016_presentaciones/presentacion21102_016/PARTO-HUMANIZADO.pdf) p.10

movimiento y posición durante el trabajo de parto No hacer rasurado y enema de rutina”<sup>3</sup>, entre otros, los cuales garantizan derechos humanos fundamentales de las mujeres tales como el derecho a la vida, a la intimidad, la salud y los derechos reproductivos y sexuales.

A pesar de esto, es común en los países, especialmente los no desarrollados, observar prácticas contrarias a lo anteriormente descrito, a través de diversas formas de violencia o maltrato contra las mujeres durante el proceso de embarazo, parto y puerperio provocada por el personal de salud, configurándose la denominada violencia obstétrica. De acuerdo al Informe “Patrones de Violencia contra las Mujeres en América Latina y el Caribe” presentado en el 2014 por la Relatora de la ONU sobre Violencia contra la Mujer, Rashida Manjoo citado por Fernández J (2017) señalaba que “La libertad reproductiva también está vinculada a los altos índices de mortalidad materna (con una media regional de 81/100 mil) 46 asociados a la mala calidad de la atención y tratos deshumanizados del personal de salud hacia las mujeres”<sup>4</sup>.

Según lo anterior, dentro de las causas de la violencia obstétrica se encuentra la mala calidad de la atención y tratos deshumanizados contra las mujeres por parte del personal de salud. En el caso de Venezuela, en este país suramericano las mujeres no escapan de esta realidad según lo explicado por Díaz L y Fernández Y (2018) al señalar:

- Los estudios científicos relativos a la situación de la violencia obstétrica en Venezuela son escasos y parciales.  
Teniendo a la vista aquella constatación, los informes disponibles evidencian que la violencia obstétrica conserva un elevado grado de prevalencia. En efecto, una investigación desarrollada durante el 2011 y

---

<sup>3</sup>Ibíd. p.11

<sup>4</sup>FERNÁNDEZ, J (2017) Violencia Obstétrica en Contextos de Crisis de Salud [Página en línea] fecha de consulta: 03 de noviembre 2019. Disponible en: <https://www.amnistia.org/ve/blog/2017/08/3284/violencia-obstetrica>

publicada el 2013 concluye que, sobre el universo de pacientes estudiadas en un determinado establecimiento de salud, se constató que el 66,8% declaró actos médicos sin consentimiento y un 49,4% declaró trato deshumanizante. Además, solo un 20,5% reportó atención libre de violencia. Otra investigación, esta vez desarrollada durante el 2012 en un establecimiento de salud diferente y publicada el 2015, indica que el 26,3% de las mujeres encuestadas sostuvieron haber sido objeto de violencia obstétrica. De ellas declaran “no haber sido tomadas en cuenta ni haberseles informado de manera suficiente en el 65,6% de las pacientes sobre los procedimientos médicos o quirúrgicos a los cuales fueron sometidas”<sup>5</sup>.

Como se observa, en Venezuela existe una alta tasa de violencia obstétrica provocada entre otras causas por tratos crueles contra las féminas, actos médicos sin consentimiento de la mujer, falta de información en temas relacionados a la reproductividad y salud sexual, solo por mencionar algunos, esto a pesar que el país ha suscrito y ratificado diversos tratados, acuerdos y convenios internacionales en materia de derechos humanos, así como también cuenta en el derecho interno con diversos instrumentos jurídicos dirigidos a evitar este tipo de situaciones y garantizar los derechos de las mujeres por medio de una protección especial a esta y a la familia como célula fundamental de la sociedad.

Es por ello, que se hace necesario conocer cuáles han sido los mecanismos legales implementados por el Estado venezolano, dirigido a garantizar el respeto de los derechos de las mujeres específicamente en el parto frente a esta forma de violencia como es la violencia obstétrica, surgiendo así las siguientes interrogantes: ¿En qué consiste el parto humanizado como mecanismo de protección a los derechos sexuales de la mujer?; ¿Cuál es el marco jurídico que regula la violencia obstétrica en Venezuela?; ¿Cuáles son los efectos en materia de derechos humanos de la

---

<sup>5</sup>DÍAZ, L y FERNÁNDEZ, Y (2018) Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. Salud [Página en línea] fecha de consulta: 20 octubre 2019. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-68512018000200123&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-68512018000200123&script=sci_arttext)

implementación del parto humanizado y el reconocimiento de la violencia obstétrica en Venezuela? Y por último ¿Cómo es el parto humanizado frente a la violencia obstétrica en Venezuela?

## **Objetivos de la Investigación**

### **Objetivo General**

Analizar el parto humanizado frente a la violencia obstétrica en Venezuela

### **Objetivos Específicos:**

Explicar el parto humanizado como mecanismo de protección a los derechos sexuales de la mujer

Señalar el marco jurídico que regula la violencia obstétrica en Venezuela

Explicar los efectos en materia de derechos humanos de la implementación del parto humanizado y la tipificación de la violencia obstétrica en Venezuela

## **Justificación e Importancia**

Venezuela a diferencia de otros países latinoamericanos ha tenido un gran avance en materia de protección a la mujer, específicamente y en el caso de violencia obstétrica se encuentra dentro de los tres únicos países de América latina que la regula, sin embargo y tal como lo indican algunos estudios en los centros de salud venezolanos, el personal médico que allí labora lleva a cabo algunas prácticas que podría lesionar derechos sexuales de las mujeres sometiéndolas a este tipo de violencia, es por esta razón, que durante los últimos años el gobierno nacional ha venido implementando la práctica del parto humanizado con la finalidad de asegurar el derecho a la salud y calidad de vida de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, garantizando así el derecho a una vida libre de violencia.

En cuanto a la importancia del estudio desde el punto de vista teórico permitirá analizar con mayor profundidad en qué consiste el parto humanizado, sus características y el propósito del mismo, así como los casos que podría configurar violencia obstétrica. Desde el punto de vista jurídico se abordará la regulación jurídica existente en materia de protección a los derechos de la mujer; desde el punto de vista social la investigación permitirá que las personas conozcan acerca del parto humanizado y puedan detectar aquellas prácticas lesivas de los derechos sexuales de las féminas por parte del personal de la salud y puedan de esta manera exigir y hacer exigibles sus derechos o los de sus familiares y amigas ante la vulneración de sus derechos.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 1. Antecedentes de la Investigación

A nivel internacional, en España Romeral Iribarren (2016) en su tesis de grado para optar al título de enfermería presentado para la Universitat de Lleida denominada “La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario”<sup>6</sup>. Se propuso promover la atención humanizada al parto natural en el HUAV por medio de un diseño de una guía de práctica clínica utilizada en la realización de una intervención educativa hacia los profesionales obstétricos, para mejorar la asistencia sanitaria ofrecida, por este motivo su objetivo general estuvo dirigido a implantar un programa basado en el parto natural humanizado para reducir el número de cesáreas en el ámbito hospitalario y que dé a la mujer autonomía en la toma de decisiones, garantizando la seguridad materno-fetal.

En cuanto a la metodología aplicada el proyecto consta de un estudio quasi-experimental pre-post, cuyas variables clínicas y obstétricas a analizar están relacionadas con el parto humanizado. La población utilizada son los profesionales sanitarios del área obstétrica del HUAV (matronas y ginecólogos) y las gestantes que hayan acudido a dicho hospital para dar a luz tanto un mes antes como un mes después de desarrollar la intervención educativa. También se utilizó como método de evaluación de la intervención las encuestas a los profesionales sanitarios sobre las prácticas sanitarias realizadas, el cuestionario Comforts de satisfacción materna y el análisis de los datos publicados acerca de la tasa de cesáreas.

---

<sup>6</sup>IRIBARREN, R. (2016) *La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario*. Tesis de grado publicada, Universitat de Lleida, España.

Concluye la autora que la promoción de una atención al parto basada en la humanización reduce la tasa de cesáreas y sus complicaciones, mejorando la satisfacción materna y el bienestar materno-fetal. La importancia de este estudio al presente seminario se debe a que en él se hace una guía de práctica que permite educar a las personas, especialmente a los profesionales de la salud acerca del tratamiento que deben dar a los pacientes y el procedimiento a seguir para que exista un parto humanizado y puedan garantizarse así los derechos de los pacientes.

Continuando en España y para esta misma universidad Ainoa Biurrún (2017) en su trabajo de doctorado titulado “La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol”<sup>7</sup>. La autora se propuso conocer la experiencia de las mujeres, con el fin de profundizar en lo que significa para ellas una atención humanizada y satisfactoria al parto, para ello, realizó una revisión de la bibliografía publicada con la que se elaboró una aproximación histórica obstétrica contextualizada, y se conocieron los factores que determinan según la bibliografía una atención humanizada al nacimiento.

Asimismo, realizó un estudio cualitativo con un diseño fenomenológico interpretativo según la perspectiva de Gadamer. Aplicó 21 entrevistas a mujeres con una gestación de bajo y medio riesgo obstétrico, para identificar los elementos que contribuyen a una percepción de atención humanizada y satisfactoria del parto. Posteriormente, llevó a cabo 8 entrevistas adicionales con el objetivo de profundizar en la experiencia de las mujeres en relación a la toma de decisiones informadas durante la atención al parto, lo que le permitió determinar los elementos que las mujeres reconocieron como

---

<sup>7</sup>BIURRÚN A. (2017) *La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol*. Tesis de doctorado publicada. Universitat de Lleida, España.

fundamentales para una experiencia positiva, satisfactoria y humanizada de la atención recibida, los cuales estaban relacionados con:

1. Las expectativas previas que éstas tenían, las cuales estaban condicionadas por el imaginario social del parto como situación de riesgo
2. La vivencia que tuvieron; en caso de partos anteriores, con la seguridad percibida, con el respeto a la privacidad y con el soporte emocional recibido durante el trabajo de parto.
3. La capacidad de decisión durante este proceso en determinados aspectos y que dicha capacidad se desarrolla a lo largo de un proceso que se inicia en el tercer trimestre de embarazo y concluye en el parto, siendo distintas las demandas que las mujeres realizan a los profesionales según el momento asistencial

De los resultados arrojados pudo concluir que la concepción social que define el parto como una "situación de riesgo" influye en las expectativas de las mujeres y en la experiencia de dar a luz. La seguridad proporcionada por la infraestructura hospitalaria y la tecnología es un factor importante para las mujeres entrevistadas. El reconocimiento de la capacidad independiente para tomar decisiones, el respeto a la privacidad y el sentimiento de conexión con los profesionales que se establece durante la relación asistencial, también se consideraron elementos fundamentales.

Continúa señalando la autora, que es importante que los profesionales de la salud sean particularmente sensibles con respecto a los elementos que garantizan un respeto a la privacidad, que las mujeres sean preguntadas antes de ser atendidas y que los profesionales de la salud y en especial las matronas adopten una sensibilidad ética que contribuya al respeto de la autonomía de las mujeres. De todo lo antes indicado se desprende la

relevancia de este estudio, ya que en este se determinan a través de una investigación de campo basadas en la experiencia de las mujeres, los factores determinantes para ellas de un parto humanizado y la satisfacción en el tratamiento dado por el personal médico cuando este está dirigido a hacer de un hecho tan natural como el trabajo de parto una experiencia positiva y segura.

Por otro lado, en la Universidad de Murcia también en España, María Nieves Muñoz en su tesis doctoral titulada “Una percepción de atención humanizada y satisfactoria del parto”<sup>8</sup> resalta la importancia que debe tener para las matronas una percepción de atención humanizada y satisfactoria del parto, por esta razón, la autora se planteó como objetivo general explorar la vivencia de las matronas en relación a sus propias competencias profesionales y durante el desarrollo de su labor profesional, dentro de los seis hospitales que cuentan con maternidad en la región de Murcia, a través del abordaje de sus competencias y conocimientos.

En cuanto a la metodología aplicada el mismo se trata de un estudio cualitativo basado en una revisión de textos bibliográficos seleccionados tales como: Informes, noticias, artículos de opinión, documentos oficiales, entre otros. Concluye la autora que no es fácil profundizar acerca de estas competencias profesionales, así como la dificultad que existe en definir las esto debido a los intereses personales y profesionales que opera entre los profesionales que conforman el sistema sanitario. Sobre la importancia del estudio, la misma deriva en que en uno de sus capítulos la autora desarrolla las prácticas clínicas con base científica dirigidas a garantizar el desarrollo de un parto humanizado.

---

<sup>8</sup>MUÑOZ M.N. (2014) *Una percepción de atención humanizada y satisfactoria del parto*. Tesis doctoral publicada. Universidad de Murcia, Murcia, España.

En Managua Antonia Margarita Gutiérrez (2017) en su trabajo de especialización en ginecología y obstetricia, titulado Parto libre y natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto hospital alemán nicaragüense, noviembre 2016 - enero 2017<sup>9</sup> presentado para la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua se planteó como objetivo general evaluar el conocimiento sobre los derechos de la embarazada durante el trabajo de parto por el personal de salud que labora en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, ubicado en el Municipio de Managua Departamento de Managua, en el periodo Noviembre 2016- enero 2017.

Sobre la metodología aplicada debe indicarse que se trata de un estudio, descriptivo, retrospectivo de corte transversal ya que estudia datos actuales de dicha investigación, tomando en cuenta al personal de salud que labora en sala de labor y parto que estuvo presente en los momentos que se realizó el estudio. Los instrumentos utilizados en el estudio fueron las encuestas dirigidas al personal de salud para medir su conocimiento, relación teórica-práctica del parto; desde la perspectiva de la humanización, concluyendo que el grupo en estudio tiene pleno conocimiento de los derechos y todos los aspectos dirigidos a que las pacientes puedan sentirse protagonistas de su proceso biológico, sin embargo en un grupo minoritario se encontró déficit de conocimiento sobre el concepto de humanización el cual es amplio y no solo radica en el apego precoz y la toma de decisiones libres de la paciente.

Agrega además la autora, que todos los participantes tienen conocimientos básicos sobre los derechos de la embarazada en la humanización del parto, por lo tanto se recomienda al personal la actualización constante en pro de conocer todas las consideraciones que

---

<sup>9</sup>GUTIÉRREZ A.M. (2017) *Parto libre y natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto hospital alemán nicaragüense, noviembre 2016 - enero 2017*. Trabajo de especialización publicado. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, Nicaragua.

aborda la normativa y aplicarla en las pacientes para mejorar la atención del parto y lograr que las pacientes obtengan una mejor atención de calidad y con calidez, y recurran a la atención del parto institucional brindado en la unidad de salud HAN.

En relación a la relevancia del estudio debe indicarse que la misma radica en dos aspectos fundamentales: En primer lugar en ella se aborda a profundidad el tema del parto humanizado y como su aplicación se constituye en un mecanismo efectivo para garantizar los derechos de las mujeres embarazadas. En segundo lugar el enfoque dado en la investigación a diferencia de los otros estudios citados que es más de orden jurídico que médico, siendo de interés para esta investigadora pues se abordará la temática del parto humanizado como uno de los derechos que se tutela en favor de la parturienta.

En Perú Ivonne Rosmery Villalobos (2017) en su trabajo de especialidad titulado “Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en pacientes, admitidas en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo. 2011 – 2015”<sup>10</sup> presentado para la Universidad César Vallejo en él se propuso a través de un estudio de casos y controles determinar si los factores sociales, obstétricos y patológicos son un riesgo para la morbilidad materna extrema en pacientes, admitidas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional Docente de Trujillo entre Enero del 2011 y Diciembre del 2015.

Para llevar a cabo su estudio, manejó una muestra constituida por 116 casos de pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema que

---

<sup>10</sup>VILLALOBOS I. R. (2017) *Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en pacientes, admitidas en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo. 2011 – 2015*. Tesis de especialización publicada. Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.

ingresaron a la UCI y 116 controles de pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema que no ingresaron. Utilizó la técnica de Análisis documental de las historias clínicas de las gestantes o puérperas ingresadas y aplicó como instrumento una ficha de recolección de datos, obteniendo como resultado que el factor obstétrico paridad tuvo un OR 1.806 frente a otros tipos de factores y esto es producto entre otras causas de shock séptico y complicaciones médicas y quirúrgicas.

Acerca de la importancia del estudio en mención debe indicarse que a través del mismo se deja en evidencia la alta tasa de casos de mujeres con emergencia obstétrica producto del parto que ingresan a la Unidad de Cuidados intensivos producto entre otras causas de complicaciones médicas y quirúrgicas, resaltando la necesidad de crear mecanismos dirigidos a asegurar la vida y la salud de las mujeres en estado de gravidez a fin de evitar situaciones que puedan poner en peligro su integridad física, psicológica y reproductiva.

A nivel nacional, Farfán Ávila, Barbara Gabriela (2017) en su trabajo de especialización en Obstetricia y Ginecología-HMPC presentado en la Universidad Central de Venezuela, titulado "Parto humanizado: barreras y facilitadores según la percepción del personal médico"<sup>11</sup>. En ella se planteó como objetivo general Evaluar la percepción de los médicos especialistas y residentes de postgrado sobre las barreras y facilidades para la atención del parto humanizado de la Clínica Maternidad Santa Ana Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS); basado en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

---

<sup>11</sup>FARFÁN B. G. (2017) *Parto humanizado: barreras y facilitadores según la percepción del personal médico*. Trabajo de especialización publicado. Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Para ello, aplicó los siguientes métodos: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, exploratorio de corte transversal; población constituida por el personal médico del área de obstetricia, donde 56 médicos conformaron el estudio, previa firma de consentimiento informado. Obteniendo como resultados: en una frecuencia del 92,86% de los médicos tienen conocimiento sobre el parto humanizado, se demostró que el no acompañamiento del padre representado por el 64,29 % se establece como barrera preponderante. Por otra parte con el 92,86 % el conocimiento del parto humanizado y el respeto de cultura y valores son los principales facilitadores.

En efecto, los resultados obtenidos permitieron a la autora concluir que el parto humanizado no es un tema desconocido para el personal médico, sin embargo la principal razón por la que no se aplica parto humanizado según la perspectiva de los médicos de la Clínica Maternidad Santa Ana es la no aplicación de parto humanizado por volumen de pacientes, a pesar de esto, la condición que puede facilitar la aplicación del parto humanizado en nuestra institución es el conocimiento respecto al parto humanizado por lo que se recomienda la creación de normativa institucional que respalde conductas que favorezcan la aplicación del parto humanizado y continuar la línea de investigación.

Sobre la importancia del estudio para esta investigación debe indicarse que la misma radica en que en ella se enumeran los presupuestos que configuran la existencia del parto humanizado, así como algunos estudios en el que se analizan los efectos positivos de su aplicación tanto para las madres como los hijos y que los mismos son extensivos al resto del núcleo familiar.

En la ciudad de Carabobo María Alejandra Canelón (2015) en su trabajo de maestría titulado “Significado Del Parto Vertical Para Los/Las Obstetras. Una Propuesta Educativa”<sup>12</sup> presentado para la Universidad de Carabobo se estableció como objetivo general proponer un modelo educativo de atención de parto vertical con base en su significado para los/las obstetras. Desde el punto metodológico se enmarcó en un Proyecto Factible, bajo un enfoque cuantitativo con diseño no experimental, de tipo descriptivo. La población y muestra estuvo conformada por veintinueve (29), médicos y medicas obstetras que laboran en el departamento de obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”.

En cuanto al instrumento de recolección de datos utilizó el cuestionario, la confiabilidad se determinó mediante el alfa de Crombach ( $\alpha$ ) resultando alta.(0,90), de igual forma, la validez del instrumento se verificó por cinco expertos. El análisis de los datos se procesó a través de interpretaciones estadísticas porcentuales, arrojando como resultado la necesidad de diseñar una propuesta educativa con atención al parto vertical, dicha propuesta está distribuida en ciclos de talleres los cuales realza la importancia, de educar en esta modalidad de parto, como un progreso e innovación en el área obstétrica de la región carabobeña.

En lo atinente a su importancia para esta investigación, debe indicarse que en ella se realiza un análisis bastante completo e interesante de una de las formas de parto como lo es el parto vertical, el cual ha sido recomendado por la Organización Mundial de la Salud, así como el llamado de atención que hace esta organización de permitir que en los centros de salud se le dé la libertad a la mujer de parir adoptando en total libertad la posición que desee como forma de garantizar sus derechos, de esta manera se contribuirá

---

<sup>12</sup>CANELÓN M. A. (2015) “Significado Del Parto Vertical Para Los/Las Obstetras. Una Propuesta Educativa”. Trabajo de Maestría publicado. Universidad de Carabobo. Carabobo, Venezuela.

a superar viejas prácticas como la mantenida en Venezuela de obligar a las mujeres a parir decúbito dorsal (acostada de espalda).

## **Bases Teóricas**

Las bases teóricas son según lo explica Giraldo B. (2013) citando el libro de Técnicas de Documentación e Investigación de la Universidad Nacional Abierta “el conjunto de proposiciones teóricas interrelacionados que fundamentan y explican aspectos significativos de tema o problema de estudio y lo sitúan dentro de un área específica o determinada del conocimiento”<sup>13</sup>. Por tanto, este punto de la investigación se refiere a las posiciones que desde el punto de vista doctrinario tratan de explicar y fundamentan el problema objeto de estudio, partiendo de esto, en el caso de la presente investigación se abordaran las principales teorías relacionadas al parto humanitario.

### **Parto humanizado como mecanismo de protección a los derechos sexuales de la mujer**

La humanización del parto ha sido tema de discusión durante los últimos años, en virtud del reconocimiento de los derechos humanos, específicamente los derechos de la mujer, así como por su impacto en la vida familiar y por ende en la sociedad misma. A raíz de esto, surge la humanización de la asistencia al parto el cual según Biurrun A. (2017):

nació como respuesta al fuerte intervencionismo médico que, sobre un proceso fisiológico, se estaba realizando en todo el mundo. Como hemos citado, los importantes avances y descubrimientos que se han producido en los últimos tiempos en el campo de actuación de las ciencias de la

---

<sup>13</sup>GIRALDO, B (2013) Metodología de la Investigación [Documento en línea] fecha de consulta: 01 de marzo de 2020. Disponible en: <https://bianneygiraldo77.wordpress.com/2013/01/22/bases-teoricas/>

salud, en concreto en el terreno de la ginecología y la obstetricia y siempre con el fin de solucionar problemas de salud e intentar disminuir al máximo la morbimortalidad materna, ha producido, en demasiadas ocasiones, la priorización de la tecnificación y los conocimientos a las necesidades de las usuarias<sup>14</sup>.

Esto quiere decir, que la humanización de la asistencia al parto derivó del fuerte intervencionismo médico que se ejercía en el área de ginecología y obstetricia, que si bien es cierto, intentaba garantizar el derecho a la vida y la salud de las mujeres, se incurrió en excesos que provocaron que se desatendieran los requerimientos y necesidades de las parturientas. Por ello, agrega la autora que:

Además, el tipo de atención facilitada por parte de los profesionales sanitarios y de las instituciones sanitarias hacia las mujeres, ha conllevado, como hemos visto, que en algunos casos se produjera un aumento de rutinas quedando de ese modo relegados los aspectos de calidez y confianza frente a la atención centrada exclusivamente en las prácticas sanitarias<sup>15</sup>.

Siendo así las cosas, las prácticas médicas en estas áreas estaban caracterizadas por una generalidad y rutina en los procedimientos que impedía como antes se indicó, centrarse en las necesidades personales e individuales de cada paciente lo que conllevó a la deshumanización de la misma. Al respecto, señala la Guía El Parto y nacimiento humanizado como derecho humano de la Defensoría del Pueblo en Venezuela que:

La llamada occidentalización de la medicina y las críticas contundentes a la deshumanización propias de las sociedades capitalistas, que promueven y certifican la individualidad mas no al individuo, ha traído como consecuencia un progresivo deterioro de la valoración de la vida, de la mujer, de los niños, niñas y adolescentes, de los hombres y las familias en el proceso del parto y el nacimiento (desde la planificación familiar y gestación como tal). Es por ello que, en el marco de la consolidación de un Estado Democrático y Social de Derecho y de Justicia, tal como el que estamos emprendiendo en nuestro país, es

---

<sup>14</sup>BIURRUN A. OP. Cit. p.65

<sup>15</sup>Ibidem. p.65

necesario que redefinamos la forma como gestamos, alumbramos y nacemos, con el fin de garantizar que el derecho a la vida y a su desarrollo se geste en las mejores condiciones y calidad de vida<sup>16</sup>.

Afirma con esta posición la Defensoría del Pueblo, que en efecto existe una deshumanización en el ejercicio de la medicina y que esto ha traído graves consecuencias en materia de derechos humanos tanto para la mujer, como los niños, niñas y adolescentes, los hombres y las familias. Por ello, desde el gobierno nacional, en Venezuela se inició la promoción del parto humanizado como mecanismo que permite garantizar los derechos humanos de todos los miembros de la familia, así como la forma de asegurar mejores condiciones y calidad de vida, definiéndolo como:

En términos generales, el parto y nacimiento humanizado puede entenderse como el respeto hacia la madre, hijo/hija, padre y familia en los procesos del embarazo, parto y nacimiento, considerando el tiempo, el ritmo, la fisiología y emociones de cada madre para hacer del momento del alumbramiento un evento placentero, cargado de amor y en compañía de quien la madre decida, ya sea el parto por vía vaginal (espontáneo) o cesárea<sup>17</sup>.

De lo anterior se tiene que, el parto humanizado consiste en atender a la madre y su familia directa en condiciones armónicas donde pueda garantizársele sus derechos, haciendo del proceso de parto un evento natural donde la mujer puede decidir la forma de alumbramiento y el modo en el que el mismo se llevará a cabo, de manera de evitar cualquier hecho violento que atente contra la integridad física, mental y emocional de la madre.

Son muchos los artículos y documentos que hablan sobre el parto humanizado y el nacimiento humanizado, el parto natural, el parto respetado, la maternidad sana, la mamiferación del parto, todos

---

<sup>16</sup>DEFENSORIA DEL PUEBLO. (2012) El Parto y nacimiento humanizado como derecho humano: Un desafío para la transformación social. Fundación Juan Vives Suriá. Caracas, Venezuela. [Documento en línea] fecha de consulta: 03 de marzo de 2020. Disponible en: [http://www.defensoria.gob.ve/images/pdfs/librosDDHH/parto\\_y\\_nacimiento\\_humanizado.pdf](http://www.defensoria.gob.ve/images/pdfs/librosDDHH/parto_y_nacimiento_humanizado.pdf) p. 6

<sup>17</sup>Ibídem. p.7

referidos a la erradicación de la violencia contra la mujer y sus hijos e hijas, a la preponderancia del parto espontáneo sobre las cesáreas, al respeto de la fisiología propia del hecho de alumbrar, a la valoración de lo afectivo emocional en la madre y el padre fundamentalmente, a la disminución de la medicalización durante el proceso de parto de la madre y las y los recién nacidos, al rescate de la figura de las parteras y de doulas, y a la desmitificación de ver el embarazo como una enfermedad.

En esta diversidad de conceptos, algunos definen el parto y nacimiento humanizado como un derecho humano de la mujer dentro de los derechos sexuales y reproductivos o simplemente como un derecho de la mujer y, en otros casos, este derecho está vinculado con las y los recién nacidos. Igualmente, la mayoría de los activistas por el parto y nacimiento humanizado considera que dentro del proceso es necesario incorporar al concepto de la concepción tanto la gestación como el puerperio (cuarentena)<sup>18</sup>

En efecto, el propósito de la implementación del parto humanizado es la erradicación de la violencia contra la mujer y sus hijos, así como los demás miembros del núcleo familiar, fomentar el parto natural, permitir que la mujer decida sobre la forma de alumbramiento, disminuir el uso de medicamentos durante el trabajo de parto, evitar que el evento del parto recaiga solo en el personal médico mediante la promoción de la figura de las parteras, en fin realizar todo lo conducente para rescatar la idea del parto como un acto natural y no como un suceso traumático y mucho menos como una enfermedad. En este sentido, señala Iribarren R. (2016) que diversas son las definiciones dadas al parto humanizado y que en:

En términos generales, todas las definiciones se centran en un objetivo común: promover que el parto sea una experiencia positiva para la madre, independientemente del lugar en el que se desarrolle el nacimiento, aumentando el poder de decisión que la mujer tiene sobre este proceso, respetando sus valores, creencias y sentimientos, y reduciendo la excesiva medicalización y el número de intervenciones sistematizadas hoy en día desarrolladas, promoviendo la utilización de prácticas sanitarias individualizadas en función de las necesidades de cada mujer y basadas en la evidencia científica para garantizar el bienestar y la seguridad de la madre y el neonato, estableciéndose una conexión entre la matrona y la propia gestante (8,18,20,21). Debemos

---

<sup>18</sup>Ibídem. p.7

destacar que la no tecnificación del parto, por sí sola, no garantiza que la atención al mismo sea humanizada.

Para ello, es indispensable que tanto las gestantes como sus parejas tengan la información y el conocimiento necesarios de las posibles opciones disponibles de atención al parto y conozcan los riesgos y beneficios de cada una de ellas<sup>19</sup>

En definitiva, con el parto humanizado se busca que la mujer pueda decidir en todo momento como llevar a cabo el proceso de parto basado en sus valores, tradiciones y otras formas culturales, convicciones morales y religiosas en donde se garantice su bienestar a través de la satisfacción de sus necesidades, otorgando así seguridad tanto a la madre como a su hijo o hija. En igual sentido, señalan Macías *et al* citando a Calderón que “es el procedimiento en donde se priorizan las necesidades de la paciente y se reconoce a los padres como los protagonistas del proceso para que el personal de salud realice las mínimas intervenciones”<sup>20</sup>.

Queda claro entonces, que este tipo de parto busca satisfacer las necesidades de los padres e hijos y en caso de la mujer otorgarle un trato adecuado de manera que esta logre considerar al parto como una experiencia gratificante y no como un hecho que genera temor y que atenta contra su integridad y dignidad, así como tampoco como una enfermedad en la que la asistencia médica resulta indispensable e incluso protagónica. Se trata entonces de un plan que permite a la mujer manifestar sus preferencias, necesidades y expectativas del proceso de parto y nacimiento.

---

<sup>19</sup>IRIBARREN, R. Op.Cit. p.12

<sup>20</sup>MACÍAS M.G., HARO, J.I., PILOSO F.E., GALARZA G. L., QUISHPE M. y TRIVIÑO B.N. (2018) Importancia y Beneficios del Parto Humanizado. *Revista Dominio de las ciencias*. [Revista en línea] fecha de consulta: 05 de marzo de 2020. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xXy6oCKhBkJ:https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo%3Fcodigo%3D6560206%26orden%3D0%26info%3Dlink+%amp;cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ve> p.400

## Antecedentes históricos

Sobre el surgimiento y evolución histórica del parto humanizado señala Iribarren R. (2016) lo siguiente:

La atención al nacimiento ha estado asignada desde la tradición a la figura de la mujer, que hasta hace pocas décadas, llevaba a cabo de forma exclusiva el rol de partera o matrona. Esto se debe a que el parto, aunque sea un proceso fisiológico y natural, ha precisado siempre de unos cuidados y atenciones específicos.

Tradicionalmente, la actuación de la matrona durante la asistencia al parto se basaba en mantener una actitud expectante y no intervencionista, actuando únicamente en casos concretos que requerían de su actuación. A partir del siglo XVIII y como consecuencia de la incorporación de los cirujanos en la atención al parto, se produjo, de forma inicial, una tecnificación de la asistencia al proceso de nacimiento, afianzándose durante el siglo XX como consecuencia de las mejoras sociales y económicas, así como de los progresos en la tecnología sanitaria, alcanzándose una medicalización global de la maternidad. En este momento, el proceso de nacimiento abandonó el ámbito de la tradición humanista para incluirse en el ámbito de la medicina especializada, tratando a la gestante como una mujer enferma que requiere asistencia médica<sup>21</sup>

Se aprecia, que desde el principio de la humanidad, el parto ha sido considerado como un acto natural pero que requiere la atención y asistencia de parte de personas que poseen conocimientos especializados en el tema, siendo en un principio las llamadas parteras o matronas cuya intervención en el proceso era limitada solo a los casos y momentos necesarios. Sin embargo, a partir del siglo XVIII comenzó a incorporarse a los cirujanos en el proceso de parto, generando lo que la autora in comento califica como “una tecnificación de la asistencia al proceso”<sup>22</sup>.

Para darle solución al problema que representa para la satisfacción de las necesidades de los padres en el proceso del parto y nacimiento, surge el

---

<sup>21</sup>IRIBARREN, R. p.13

<sup>22</sup>Ibidem. p.13

parto humanizado retomando el pensamiento inicial de intervención mínima de procedimientos médicos, pues no se trata de una enfermedad sino de un evento natural, en el que la mujer puede tomar las decisiones de cómo llevar a término el alumbramiento de manera que resulte más beneficioso para ella y sus hijos, con efectos extensivos al resto de los miembros del núcleo familiar.

### **Beneficios del parto humanizado**

El parto humanizado como se ha venido indicando tiene importantes beneficios tanto para la madre como los hijos y al respecto señalan Macías *et al* que:

el parto es la forma natural en que los bebés nacen y el cuerpo de las mujeres tiene mecanismos naturales para desencadenarlo y llevarlo a cabo. En el parto humanizado el personal de salud crea un entorno de respeto y tranquilidad, permite que la mujer se sienta empoderada como protagonista, e incentiva a la mujer a confiar en su cuerpo y su capacidad natural de dar a luz, evitar medicaciones contra el dolor y adoptar la posición en la cual ella se sienta más cómoda durante el trabajo de parto. Johannsen, (2016)<sup>23</sup>.

En virtud de lo anterior, el parto humanizado reduce a la menor expresión posible la intervención médica y fomenta la confianza en la mujer de su capacidad de dar a luz por si sola como un acto natural al que su cuerpo puede adaptarse, de igual manera, motiva a que pueda decidir la compañía de alguna persona, adoptar la posición que le resulte más cómoda para el parto, el rehusarse a recibir medicamentos, entre otras ventajas tales como las que se enunciarán a continuación, que le permite a la madre tener una percepción placentera del parto y no el efecto adverso.

---

<sup>23</sup>MACÍAS M.G., HARO, J.I., PILOSO F.E., GALARZA G. L., QUISHPE M. y TRIVIÑO B.N. Op. Cit. p.408

- Previene la hipotermia del bebé.
- Promueve la lactancia materna (tanto en partos naturales como cesáreas).
- Reduce el estrés del bebé y la ansiedad de la madre, mejorando el vínculo afectivo entre ambos.
- Contribuye a la estabilidad fisiológica del recién nacido.
- Está científicamente comprobado que el contacto precoz piel con piel estabiliza la respiración y la oxigenación del bebé, mantiene sus niveles de glucemia, estabiliza la presión arterial, disminuye el llanto e incrementa el estado de alerta tranquila
- Disminuye la presencia de síntomas depresivos post parto y fortalece la autoestima de la madre<sup>24</sup>.

Como puede apreciarse, el parto humanizado trae grandes beneficios para la salud tanto de la madre como del hijo, pues permite entre otros aspectos calmar el estrés y la ansiedad de ambos, logrando estabilizar los niveles de presión arterial, respiración y oxigenación del bebé, así como evitar efectos físicos, psicológicos y emocionales de la madre como la depresión y el autoestima, por ello a criterio de los mencionados autores es necesario:

Los primeros sesenta a noventa minutos después del parto son trascendentes para la vida del bebé y su mamá. Todas las prácticas, procedimientos, intervenciones de rutina pueden postergarse hasta después de ese momento. Si el parto no tuvo complicaciones, no es necesario bañar, medir, pesar, tomar la temperatura ni vacunar al recién nacido durante esos primeros minutos. Es importante también postergar el corte del cordón umbilical hasta que deje de latir, ya que el pasaje de flujo sanguíneo que se produce en ese momento es beneficioso para el sistema inmunológico del recién nacido<sup>25</sup>.

Se aprecia entonces que la primera hora de contacto entre la madre y su hijo es fundamental para la salud integral de ambos y para aumentar el

---

<sup>24</sup>Ibidem. p.407

<sup>25</sup>Ibidem. p.408

vínculo entre ambos, sin embargo, este hecho muchas veces es dejado de lado por el personal de la salud que por la rapidez y el tecnicismo con el que actúa impide que este momento pueda darse no postergando como bien lo indican los autores sus intervenciones de rutina. Por otro lado, para el bebé el parto humanizado repercute de la siguiente manera:

La adopción de una posición vertical de la mujer durante el parto, favorece el flujo de oxígeno y nutrientes hacia la placenta, y por lo tanto, hacia el bebé, evitando el sufrimiento fetal. Otro ejemplo son las contracciones del trabajo de parto que, cuando el bebé está bien, ayudan a que se produzca la sustancia surfactante en los pulmones, la cual permite que el recién nacido tenga una respiración normal. Por eso, todas las cesáreas programadas sin razón médica aumentan el riesgo de problemas respiratorios del niño.” Johannsen, (2016).La “hora sagrada”. Se trata de un momento emotivo, sensible y único de encuentro, de reconocimiento, en el que el contacto precoz, piel con piel, tiene efectos positivos tanto en el corto como en el largo plazo. La madre experimenta una descarga de oxitocina que favorece la instauración de la lactancia materna, ya que el bebé se encuentra especialmente receptivo, buscando una contención parecida a la que tenía dentro del útero. OMS<sup>26</sup>.

En definitiva, el parto humanizado contribuye a mejorar la salud integral de la madre y del niño, convirtiéndose este en el argumento principal de defensa por parte de sus partidarios para su aplicación, dejando en segundo lugar la intervención médica, la cual debe llevarse a cabo en casos estrictamente necesarios en los que peligre la vida y la salud de la madre y del niño o niña. Para concluir y como bien se ha referido, el parto humanizado busca fomentar la participación activa de las mujeres en el proceso de parto, y una atención adecuada e individualizada que satisfaga las necesidades y expectativas de la mujer que difícilmente puede lograrse con las prácticas médicas caracterizadas por una generalidad.

---

<sup>26</sup>Ibidem. p.408

## **Perspectiva de Género, derechos sexuales y reproductivos y la Humanización del Parto**

Las diversas sociedades del mundo por años mantuvo un comportamiento discriminatorio hacia las mujeres, siendo estas menospreciadas y desvalorizadas frente al hombre, impidiendo muchas veces que esta se desarrollara en un plano de igualdad frente a ellos y pudiera sobresalir en virtud de la obediencia debida al hombre. Ante esta situación, se ha presentado una lucha constante por lograr el reconocimiento de los derechos de las mujeres, y para ello, muchos ordenamientos jurídicos especialmente de Estados democráticos han incorporado en sus ordenamientos jurídicos, disposiciones dirigidas a lograr la igualdad de las mujeres y el respeto y reconocimiento hacia sus derechos humanos.

A pesar de esto, hoy día la protección a la mujer no se encuentra plenamente garantizada, pudiéndose evidenciar casos en los que las féminas son víctimas de distintos tipos de violencia y discriminación. Todo esto llevó a que surgiera la denominada perspectiva de género, la cual de acuerdo con la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, la perspectiva de género citada por la página web de la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres del Gobierno de México:

se refiere a la metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres del Gobierno de México. ¿Qué es la perspectiva de género y por qué es necesario implementarla? [Documento en línea] fecha de consulta: 05 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/conavim/articulos/que-es-la-perspectiva-de-genero-y-por-que-es-necesario-implementarla> p.1

Según la definición dada en la Ley mexicana, la perspectiva de género busca analizar cada situación desde la diferencia biológica entre el hombre y la mujer, desnaturalizando el carácter jerárquico atribuido a la relación entre los géneros que provoca desigualdad entre ellos, afectando entre otros aspectos las oportunidades de las personas. Es por esta razón, que en la cita en referencia se hace alusión que se trata de un mecanismo que permite “identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres”<sup>28</sup> para proceder así a aplicar las medidas conducentes para erradicar esta desigualdad. Por su parte, María Florencia Cremona lo define como:

una opción política para develar la posición de desigualdad y subordinación de las mujeres en relación a los varones. pero también es una perspectiva que permite ver y denunciar los modos de construir y pensar las identidades sexuales desde una concepción de heterosexualidad normativa y obligatoria que excluye<sup>29</sup>

Como resultado de lo expuesto, social y culturalmente se establecen unos parámetros y roles adjudicados a cada sexo, por tanto, quien no se enmarque en ellos es rechazado y discriminado, tal como ocurre por ejemplo en el caso de las personas pertenecientes a la comunidad LGBTI. Justamente entonces, a través de esta perspectiva de género se busca detectar y denunciar como antes se indicó, todo acto de discriminación, desigualdad y exclusión para erradicarla y garantizar así los derechos de las personas. Agrega esta Comisión que:

---

<sup>28</sup>Ibidem. p.1

<sup>29</sup>Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Unicef. Comunicación, Infancia y Adolescencia.

Guía Para Periodistas Perspectiva de Género. [Documento en línea] fecha de consulta: 05 de marzo de 2020. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Perspectiva%20G%C3%A9nero%20Comunicaci%C3%B3n,%20infancia%20y%20adolescencia%20Gu%C3%ADas%20para%20periodistas%20.pdf>

Esta perspectiva ayuda a comprender más profundamente tanto la vida de las mujeres como la de los hombres y las relaciones que se dan entre ambos. Este enfoque cuestiona los estereotipos con que somos educados y abre la posibilidad de elaborar nuevos contenidos de socialización y relación entre los seres humanos. El empleo de esta perspectiva plantea la necesidad de solucionar los desequilibrios que existen entre mujeres y hombres, mediante acciones como:

Redistribución equitativa de las actividades entre los sexos (en las esferas de lo público y privado).

Justa valoración de los distintos trabajos que realizan mujeres y hombres, especialmente en lo referente a la crianza de las hijas e hijos, el cuidado de los enfermos y las tareas domésticas.

Modificación de las estructuras sociales, los mecanismos, las reglas, prácticas y valores que reproducen la desigualdad.

El fortalecimiento del poder de gestión y decisión de las mujeres<sup>30</sup>.

Lo anterior, viene a ratificar lo que se ha venido mencionando en cuanto a que el género es construido social, cultural e históricamente; por tanto, lo masculino y femenino va a depender de lo que socialmente se indique. Sin embargo, con esta perspectiva de género se busca precisamente modificar esas estructuras y cambiar toda práctica que en ella se lleve a cabo que produzca desigualdad. En el caso de las féminas quienes por siglos fueron víctima de violencia y discriminación deje de serlo y para ello entre otras cosas se le ha atribuido como bien lo indica la Comisión “el fortalecimiento del poder de gestión y decisión de las mujeres”<sup>31</sup>.

Por tanto, con la perspectiva de género se busca garantizar los derechos de las personas, especialmente de la mujer y erradicar cualquier forma de discriminación y desigualdad frente al hombre y establecer las vías para transformarla. Teniendo claro esto, sobre el enfoque de género en la salud y los derechos sexuales y reproductivos, señala Ramos M. (2006) que:

---

<sup>30</sup>Ibidem. p.1

<sup>31</sup>RAMOS, M (2006) La Salud Sexual y la Salud Reproductiva desde la Perspectiva de Género. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Revista en línea] fecha de consulta: 06 de marzo de 2020. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n3/a10v23n3.pdf> p.1

El enfoque de género nos permite poner en evidencia las relaciones jerárquicas y de poder que se establecen entre hombres y mujeres, los diversos mecanismos que utiliza el sistema de dominación masculina para perpetuar estas relaciones -lo cual frecuentemente se ha ignorado-, y la manera cómo estas actúan junto con otras variables, tanto en la situación de salud de las poblaciones como en el accionar de los sistemas de salud<sup>32</sup>.

De acuerdo con lo citado, la aplicación de este enfoque permite mostrar como el poder masculino y la subordinación de la mujer frente a este ha incidido en el tema de la salud de las féminas al punto que la atención sanitaria, así como los tratamientos dados a esta población va a estar influida por esta desigualdad en las relaciones. Es el caso de la salud sexual y reproductiva esta realidad no varía, es por ello que para el autor antes mencionado:

el nuevo enfoque de salud reproductiva pone especial énfasis en dar prioridad a la equidad e igualdad de género, como condición necesaria para que las mujeres sean capaces de tomar sus propias decisiones y atender su propia salud y bienestar. Este enfoque orienta de manera privilegiada los esfuerzos y las acciones conducentes a empoderar a las mujeres, modificando de esta forma las condiciones de subordinación social a las que se han visto sometidas y que han impedido que sean sujetos activos de sus decisiones para su vida y la de su familia<sup>33</sup>.

De lo dicho precedentemente se tiene que el enfoque de la salud reproductiva desde el punto esta perspectiva de género le permite a la mujer tomar sus propias decisiones dirigidas a atender su propia salud y bienestar.

Cook afirma que la salud reproductiva es un componente importante de la salud de los hombres y de las mujeres, sin embargo, es más crítica para las mujeres.

Una buena parte de la carga de enfermedades femeninas está relacionada con sus funciones y su potencial reproductivos, y con la forma en que la sociedad trata o maltrata a las mujeres en razón a su género. Revisemos los principales eventos vinculados con la reproducción y a la salud reproductiva, y analicemos las diversas

---

<sup>32</sup>Ibídem. p.1

<sup>33</sup>Ibídem. p.1

intermediaciones que las construcciones de género ejercen en los procesos salud – enfermedad y atención<sup>34</sup>.

En términos generales, debe indicarse que el enfoque de género permite superar la desigualdad de poder de hombres y mujeres en la sexualidad y reproducción que afecta las posibilidades para cuidar y atender la salud; asimismo, pretende evitar que las instituciones de salud reproduzcan estereotipos de género, es decir, se atienda a las personas atendiendo a prejuicios generalizados acerca de atributos o características que hombres y mujeres poseen o deberían poseer, los cuales limitan la capacidad de hombres y mujeres para desarrollar sus facultades personales. Por ello, y como bien lo afirma Marijanovich C (2019) que:

Desde la perspectiva de género y de humanización del parto, se cuestiona el modelo médico de atención hegemónico en el que predomina una tecnologización y patologización del parto, favoreciendo lo que se ha definido como violencia obstétrica. Desde la perspectiva de género y de humanización del parto, se cuestiona el modelo médico de atención hegemónico en el que predomina una tecnologización y patologización del parto, favoreciendo lo que se ha definido como violencia obstétrica<sup>35</sup>.

Es evidente entonces la estrecha relación entre perspectiva de género y humanización del parto, pues ambas tendencias están dirigidas a reducir o eliminar cualquier acto que pueda provocar violencia obstétrica y que lesione los derechos de las mujeres, por ello promueven la superación del modelo médico de atención hegemónico, modelo que según Castrillo B (s/f):

Distintos estudios sitúan la atención de embarazos y partos en el marco de relaciones de subordinación genéricas, coincidentes con un modelo médico hegemónico patriarcal, que reproduce una asignación social de roles en base a diferencias sexuales. Al analizar este objeto desde una

---

<sup>34</sup>Ibídem. p.1

<sup>35</sup>MARIJANOVICH C (2019) Derechos sexuales y reproductivos: parir es poder, si yo elijo [Documento en línea] fecha de consulta: 06 de marzo de 2020. Disponible en <https://cotidianomujer.org.uy/sitio/ni-mas-ni-menos/2156-derechos-sexuales-y-reproductivos-parir-es-poder-si-yo-elijo>

perspectiva de género, se capitaliza su carácter relacional y multidimensional (en tanto que articula aspectos de carácter socio-estructural y sociosimbólico e incluye tanto determinantes macro como microestructurales). Esta perspectiva supone un modo de mirar los procesos y hechos sociales, poniendo el acento en las desigualdades y/o exclusiones resultantes de valores existentes en relación a la condición femenina y/o masculina<sup>36</sup>.

En otras palabras, por años la atención médica de embarazos y partos se basaron en relaciones de poder médico-pacientes, fundamentadas por determinantes de género principalmente, sin embargo, con el parto humanizado que encuentra su apoyo en la perspectiva de género pretende superarse toda forma de dominación y transgresión de derechos de la mujer, otorgándole un trato protagónico y donde se supere la tecnologización del proceso de parto y su tratamiento como enfermedad, para retomar el concepto de parto como hecho natural:

En síntesis, la adopción de un enfoque de género y salud, contribuye a identificar las prácticas médicas en atención al parto con instituciones o procesos sociales atravesados por la desigualdad de género, vinculados al control de las mujeres.

La teoría y metodología [de género] posibilitó captar el sentido de muchas prácticas y conductas que se aplican normalmente en las salas de parto, y son reproducidas tanto por las/os profesionales de salud, como por la institución hospitalaria, las cuales legitiman que [éstos] despojen a las mujeres de su papel activo en tanto que ellos/ellas saben y controlan el proceso de embarazo, parto, y puerperio, quedando el papel de la mujer reducido al de paciente.

La perspectiva de género nos permitió acercarnos a la realidad de esa vivencia desde una postura que parte de preguntarse por qué la mujer no es una sujeta activa de esos procesos, sino que su autonomía ha sido secuestrada por la práctica médica. El género nos llevó a cuestionar el valor, supuestamente “natural”, de éstas prácticas, construcciones e instituciones<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup>CASTRILLO B (s/f) Análisis de la atención médica de embarazos y partos: aportes conceptuales. [Documento en línea] fecha de consulta: 06 de marzo de 2020. Disponible en: [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/analisis\\_de\\_la\\_atencion\\_medica\\_de\\_embrazos\\_y\\_partos\\_aportes\\_conceptuales.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/analisis_de_la_atencion_medica_de_embrazos_y_partos_aportes_conceptuales.pdf) p.2

<sup>37</sup>Ibídem. p.3

En definitiva, con ambos conceptos (perspectiva de género y humanización del parto), se busca superar el modelo biomédico hegemónico patriarcal que ha expropiado el cuerpo de las mujeres en las salas de parto dándoles un trato medicalizado, tecnocratizado y patologizador por parte del personal médico y de salud en el que se conceptualizaba a las mujeres como seres netamente reproductores, lo que representaba a todas luces un acto violatorio de los derechos de las mujeres, por tal motivo, como bien lo afirma Villegas A (2009) “La propuesta final: Humanización del Parto”<sup>38</sup>. Agrega el autor respecto a este nuevo sistema en Venezuela que:

En la Semana Mundial del Parto Respetado, en un diario de circulación nacional la venezolana Taumanova Álvarez, miembro de la Dirección de la organización Buen Nacer y coordinadora en el país de la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento, insiste en que “el movimiento para dignificar el alumbramiento es mundial, porque los obstáculos también lo son”.

En Venezuela, con la progresiva fragmentación del Sistema de Salud, se fragmentó también el pensamiento médico y se cosificó a las mujeres, como pacientes pasivas y no sujetas activas de derechos. Hoy el gran desafío es la construcción de un Sistema Nacional Único de Salud con principios de accesibilidad, universalidad, gratuidad, equidad, igualdad, justicia y además, fundamentalmente, con perspectiva de género.

En cuanto al personal de Salud: Es un reto la formación humanista e integral del personal de salud. Apostamos a una nueva escuela de medicina y de las otras ciencias de la salud, que reivindique no sólo lo social y colectivo, sino también lo natural de la sexualidad y la reproducción humana, que acompañe los procesos humanos naturales, a las niñas y a los niños, a las mujeres y a los hombres, en un ejercicio de corresponsabilidad en lo reproductivo.

En la atención al parto: El uso razonado y con indicaciones médicas específicas por requerimientos estrictamente necesarios del pitosín, la cesárea y la episiotomía.

---

<sup>38</sup>VILLEGAS A (2009) La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. [Revista en línea] fecha de consulta: 06 de marzo de 2020. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-37012009000100010](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100010)

En la lucha de las mujeres: Debemos empoderarnos de nuestros cuerpos, rescatar nuestro derecho a decidir y ejercer el acto de parir como un derecho humano fundamental<sup>39</sup>.

En conclusión, con el sistema a instaurar entre los que se incluye el parto humanizado, se pretende implementar un modelo más humanista en el que se garanticen fundados en la perspectiva de género, los derechos humanos de todas las personas especialmente los de la mujer, evitando contra ella cualquier forma de violencia, entre las que figura como se verá a continuación la violencia obstétrica.

### **Marco jurídico que regula la violencia obstétrica en Venezuela**

Antes de proceder a abordar la violencia obstétrica en Venezuela, es necesario en primer lugar desarrollar lo que es la violencia de género, ya que como se verá a continuación la violencia obstétrica es una forma de este tipo de violencia, que lleva implícito la vulneración de los derechos fundamentales de las mujeres.

#### **Violencia de género**

Este término se usa en esta época con mucha frecuencia en las leyes penales especiales de varios países y surgió en las resoluciones emitidas y aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU), números 34/180 de 18 de diciembre de 1979 contentiva de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, basada en formas de discriminación; así como en la 39/46 del 16 de diciembre de 1984, contentiva de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas

---

<sup>39</sup>Ibidem. p.1

Cruelles, Inhumanos o Degradantes que se basó en las formas de tortura;<sup>40</sup> igualmente en la 48/104 del 20 de diciembre de 1993, que contiene la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, en donde se dio una definición de lo que debe entenderse como violencia contra la mujer de la forma siguiente:

**Artículo 1.** A los efectos de la presente Declaración, por "violencia contra la mujer" se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

**Artículo 2.** Se entenderá que la violencia contra la mujer abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos:

a) La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación;

b) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada;

c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

**Artículo 3.** La mujer tiene derecho, en condiciones de igualdad, al goce y la protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil y de cualquier otra índole. Entre estos derechos figuran: a) El derecho a la vida artículo 6 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 3; y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 6. b) El derecho a la igualdad 7/; c) El derecho a la libertad y la seguridad de la persona 8/; d) El derecho a igual protección ante la ley 7/; e) El derecho a verse libre de todas las formas de discriminación 7/; f) El derecho al mayor grado de salud física y mental que se pueda alcanzar 9/; g) El derecho a condiciones de trabajo justas y favorables 10/; (Sic) h) El derecho a no ser sometida a tortura, ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes 11/.

---

<sup>40</sup>Organización de las Naciones Unidas (ONU). Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes. [Documento en Línea] fecha de la consulta: 08 de marzo de 2020. Disponible: [http://www.prevenciontortura.org/documents/prot\\_tort\\_res.pdf](http://www.prevenciontortura.org/documents/prot_tort_res.pdf) p.1

**Artículo 4.** Los Estados deben condenar la violencia contra la mujer y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla. Los Estados deben aplicar por todos los medios apropiados y sin demora una política encaminada a eliminar la violencia contra la mujer.<sup>41</sup>

Así quedó establecido a nivel mundial lo que debía entenderse por violencia contra la mujer y sus diversas manifestaciones y los derechos que se menoscaban si se produce esas prácticas, pero no quedó claro la configuración de por qué es una violencia contra el género, en consecuencia, surge con el tiempo la aclaratoria de que es la violencia que se ejerce contra ellas por el solo hecho de serlo. La violencia de género encuentra sus raíces profundas en las características patriarcales de las sociedades en las que prevalecen estructuras de subordinación y discriminación hacia la mujer basadas en diversos aspectos como por ejemplo la religión como ocurre entre los musulmanes, que consolidan la conformación de conceptos y valores que descalifican sistemáticamente a la mujer, sus actividades y sus opiniones.

En este orden de ideas, los motivos para que se celebrara la reunión de la Asamblea de las Naciones Unidas mencionada, se desprenden del fundamento de la Declaración en estos términos:

**Reconociendo:** que la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre,

---

<sup>41</sup>Organización de las Naciones Unidas (ONU). Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993 [Documento en Línea] fecha de la consulta: 09 de marzo de 2020. Disponible en: <http://www.ujj.es/bin/organs/ui/legisla/int/7-r48-104.pdf>. p.1

Preocupada por el hecho de que algunos grupos de mujeres, como por ejemplo las mujeres pertenecientes a minorías, las mujeres indígenas, las refugiadas, las mujeres migrantes, las mujeres que habitan en comunidades rurales o remotas, las mujeres indigentes, las mujeres recluidas en instituciones o detenidas, las niñas, las mujeres con discapacidades, las ancianas y las mujeres en situaciones de conflicto armado son particularmente vulnerables a la violencia.<sup>42</sup>

Desde luego, las razones fueron los maltratos y discriminaciones que surgen en este siglo contra las mujeres encuadrados en formas de violencia, situación que atenta con la paz y salud pública que causa conmoción social, resultado de la falta de valores y de las estructuras sociales que a pesar de los cambios sociales no logra erradicarse porque la lucha entre los géneros sigue existiendo en las familias en la privacidad y confidencialidad en sus diferentes clases sociales quienes aún consideran a la mujer subordinada.

### **Formas de Violencia de Género**

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), las formas y manifestaciones de la violencia contra la mujer en diversos escenarios son:

#### **1. Violencia contra la Mujer dentro de la Familia:**

- En la pareja: violencia física, psíquica, sexual.
- Prácticas tradicionales nocivas: infanticidio, ablación o mutilación genital, preferencia por hijos varones, matrimonio precoz y/o forzado, exigencia de la dote, crímenes por honor, prácticas nocivas con mujeres de edad o viudas.

#### **2. Violencia contra la Mujer en la Comunidad:**

- Femicidio
- Violencia sexual inflingida fuera de la pareja

---

<sup>42</sup>Ibidem. p.1

- Acoso sexual y violencia en el lugar de trabajo, en las instituciones educativas y en los deportes.

- Trata de mujeres.

### **3. Violencia contra la Mujer cometida o tolerada por el Estado: (A través de agentes o políticas públicas)**

- Privación de libertad

- Esterilización forzada.

### **4. Violencia contra la Mujer en conflictos armados:**

- Violencia física, psíquica o sexual.

### **5. Violencia contra la Mujer y discriminación múltiple:**

Factores como: la raza, origen étnico, casta, clase, condición migrante o refugiada, edad, religión, orientación sexual, estado matrimonial, discapacidad, condición VIH, etc.

Partiendo de lo anterior, son diversas las formas de violencia contra la mujer, así como distintos los sitios en que las mismas pueden llevarse a cabo como es: la familia, la comunidad, el estado a través de sus instituciones, entre otros. En cuanto a la regulación de estas formas de violencia en Venezuela, debe decirse que existe una ley especial como es la Ley de Reforma Parcial de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia,<sup>43</sup> la cual determinó en el artículo 15 las siguientes formas de violencia de género:

**1. Violencia psicológica:** Toda conducta activa u omisiva ejercida en deshonra, descrédito o menosprecio al valor o dignidad personal, tratos humillantes y vejatorios, vigilancia constante, aislamiento, marginalización,

---

<sup>43</sup>Reforma de Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial N° 40548 de fecha 25 de noviembre de 2014

negligencia, abandono, celotipia, comparaciones destructivas, amenazas y actos que conllevan a las mujeres víctimas de violencia a disminuir su autoestima, a perjudicar o perturbar su sano desarrollo, a la depresión e incluso al suicidio.

**2. Acoso u hostigamiento:** Toda conducta abusiva y especialmente los comportamientos, palabras, actos, gestos, escritos o mensajes electrónicos dirigidos a perseguir, intimidar, chantajear, apremiar, importunar y vigilar a una mujer que pueda atentar contra su estabilidad emocional, dignidad, prestigio, integridad física o psíquica, o que puedan poner en peligro su empleo, promoción, reconocimiento en el lugar de trabajo o fuera de él.

**3. Amenaza:** Anuncio verbal o con actos de la ejecución un daño físico, psicológico, sexual, laboral o patrimonial con el fin de intimidar a la mujer, tanto en el contexto doméstico como fuera de él.

**4. Violencia física:** Toda acción u omisión que directa o indirectamente está dirigida a ocasionar un daño o sufrimiento físico a la mujer, tales como lesiones internas o externas, heridas, hematomas, quemaduras, empujones o cualquier otro maltrato que afecte su integridad física.

**5. Violencia doméstica:** Toda conducta activa u omisiva, constante o no, de empleo de fuerza física o violencia psicológica, intimidación, persecución o amenaza contra la mujer por parte del cónyuge, el concubino, excónyuge, exconcubino, persona con quien mantiene o mantuvo relación de afectividad, ascendientes, descendientes, parientes colaterales, consanguíneos y afines.

**6. Violencia sexual:** Toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntaria y libremente su sexualidad, comprendiendo ésta no sólo el acto sexual, sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital, tales como actos lascivos, actos lascivos violentos, acceso carnal violento o la violación propiamente dicha.

**7. Acceso carnal violento:** Es una forma de violencia sexual, en la cual el hombre mediante violencias o amenazas, constriñe a la cónyuge, concubina, persona con quien hace vida marital o mantenga unión estable de hecho o

no, a un acto carnal por vía vaginal, anal u oral, o introduzca objetos sea cual fuere su clase, por alguna de estas vías.

**8. Prostitución forzada:** Es la Acción de obligar a una mujer a realizar uno o más actos de naturaleza sexual por la fuerza o mediante la amenaza de la fuerza, o mediante coacción como la causada por el temor a la violencia, la intimidación, la opresión psicológica o el abuso del poder, esperando obtener o haber obtenido ventajas o beneficios pecuniarios o de otro tipo, a cambio de los actos de naturaleza sexual de la mujer.

**9. Esclavitud sexual:** Es la privación ilegítima de libertad de la mujer, para su venta, compra, préstamo o trueque con la obligación de realizar uno o más actos de naturaleza sexual.

**10. Acoso sexual:** Solicitud de cualquier acto o comportamiento de contenido sexual, para sí o para un tercero, o el procurar cualquier tipo de acercamiento sexual no deseado que realice un hombre prevaliéndose de una situación de superioridad laboral, docente o análoga, o con ocasión de relaciones derivadas del ejercicio profesional, y con la amenaza expresa o tácita de causarle a la mujer un daño relacionado con las legítimas expectativas que ésta pueda tener en el ámbito de dicha relación.

**11. Violencia laboral:** Discriminación hacia la mujer en los centros de trabajo, públicos o privados, que obstaculicen su acceso al empleo, ascenso o estabilidad en el mismo, tales como exigir requisitos sobre el estado civil, la edad, la apariencia física o buena presencia, o la solicitud de resultados de exámenes de laboratorios clínicos, que supeditan la contratación, ascenso o la permanencia de la mujer en el empleo. Constituye también discriminación de género en el ámbito laboral el quebrantar el derecho de igual salario por igual trabajo.

**12. Violencia patrimonial y económica:** Toda conducta activa u omisiva que directa o indirectamente, en los ámbitos público y privado, esté dirigida a ocasionar un daño a los bienes muebles o inmuebles en menoscabo del patrimonio de las mujeres víctimas de violencia o a los bienes comunes, así

como la perturbación a la posesión o a la propiedad de sus bienes, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades; limitaciones económicas encaminadas a controlar sus ingresos; o la privación de los medios económicos indispensables para vivir.

**13. Violencia obstétrica:** Es 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.

**14. Esterilización forzada:** Realizar o causar intencionalmente a la mujer, sin brindarle la debida información, sin su consentimiento voluntario e informado y sin que la misma haya tenido justificación, un tratamiento médico o quirúrgico u otro acto que tenga como resultado su esterilización o la privación de su capacidad biológica y reproductiva.

**15. Violencia mediática:** Es la exposición de la mujer, niña o adolescente, a través de cualquier medio de difusión, que de manera directa o indirecta explote, discrimine, deshonre, humille o que atente contra su dignidad con fines económicos, sociales o de dominación.

**16. Violencia institucional:** Acciones u omisiones que realizan las autoridades, funcionarios y funcionarias, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tengan como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta Ley, para asegurarles una vida libre de violencia.

**17. Violencia simbólica:** Son mensajes, valores, iconos, signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y

discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre las personas y naturalizan la subordinación de la mujer en la sociedad.

**18. Tráfico de mujeres, niñas y adolescentes:** Todos los actos que implican su reclutamiento o transporte dentro o entre fronteras, empleando engaños, coerción o fuerza, con el propósito de obtener un beneficio de tipo financiero u otro de orden material de carácter ilícito.

**19. Trata de mujeres, niñas y adolescentes:** Es la captación, transporte, traslado, acogida o recepción de mujeres, niñas y adolescentes, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza o de otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre mujeres, niñas o adolescentes, con fines de explotación, tales como prostitución, explotación sexual, trabajos o servicios forzados, la esclavitud o prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos.

**20. Femicidio:** Es la forma extrema de violencia de género, causada por odio o desprecio a su condición de mujer, que degenera en su muerte, producidas tanto en el ámbito público como privado.

**21. Inducción o ayuda al suicidio:** Es la consecuencia extrema de la violencia psicológica, acoso, hostigamiento y amenaza que generan las condiciones para provocar la muerte de una mujer por motivaciones de género.

Como puede verse son variadas las formas de expresión de la violencia de género que reconoce la legislación venezolana entre las que se encuentra la violencia obstétrica, la cual según la Ley se refiere a un trato deshumanizador por parte del personal de la salud hacia la mujer, en la que esta no es tratada como un sujeto de derecho, perdiendo autonomía y voluntad. Para García E (2018):

La violencia obstétrica hace referencia a un conjunto de prácticas que degrada, oprime e intimida a las mujeres de distintas maneras dentro de la atención a la salud reproductiva, fundamentalmente en el período del embarazo, parto y postparto. Se trata de una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, y puede ser tanto física —uso de procedimientos innecesarios en el embarazo y el parto, falta de respeto en los ritmos naturales del parto— como psicológica —infantilización de las mujeres, trato despectivo y humillante, insultos y vejaciones—<sup>44</sup>.

Según lo anterior, la violencia obstétrica guarda relación con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, los cuales son transgredidos por el personal de la salud cuando provoca maltrato físico, psicológico y moral por su sola condición de mujer y así lo ilustra el autor in comento cuando señala que:

Si yo, por el mero hecho de ser mujer, tengo que aguantar que me toquen mis genitales sin permiso, recibiendo vejaciones como «no seas cría» o «bien que no te quejabas cuando encargabas el bebé», estamos ante un caso flagrante de violencia de género. No se suelen escuchar casos de varones a los que los urólogos les hacen tactos rectales a la fuerza (por ejemplo), esgrimiendo frases como «no seas crío». Sobre los varones se puede ejercer violencia de otras índoles, pero no violencia de género, puesto que ésta se da sólo contra las mujeres por el mero hecho de serlo, como hemos visto<sup>45</sup>.

Lo expuesto por la especialista es una realidad que se observa a diario en las instituciones o centros de salud pública y privadas, principalmente en las primeras donde las mujeres son tratadas sin ningún tipo de consideración, y con tratos crueles y denigrantes a su condición de mujer. Adicionalmente indica que:

La violencia obstétrica no es sólo consecuencia de protocolos obsoletos y mala praxis médica, sino que se trata de una forma más de violencia de género: se infantiliza a las mujeres, tratándolas de un modo paternalista y vejatorio, pero está tan normalizada a nivel social que

---

<sup>44</sup>GARCÍA E (2018) *La Violencia Obstétrica como Violencia de Género*. Tesis doctoral publicada. Universidad autónoma de Madrid, Madrid. España. p.42

<sup>45</sup>Ibídem. p.43

resulta difícil la visibilización del problema. Y la violencia de género más peligrosa es precisamente aquella que está invisibilizada<sup>46</sup>.

Con esta apreciación se confirma lo que se ha venido indicando en cuanto a que la mala praxis médica, caracterizada en este caso por un trato deshumanizado y patriarcal hacia la mujer en el período del embarazo, parto y postparto. En este sentido se refiere Medina citado por Marijanovich C (2019) cuando define la violencia obstétrica en los siguientes términos:

toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales<sup>47</sup>.

Queda confirmado de esta manera que existe violencia obstétrica cuando se afecta el proceso reproductivo de la mujer a través de un trato deshumanizado y esto resume el objetivo general planteado por esta investigadora en cuanto a analizar el parto humanizado frente a la violencia obstétrica. Plantea Medina que existe dos tipos de violencia obstétrica la física y la psicológica:

La primera es “la realización hacia las mujeres de prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico”; mientras que la violencia obstétrica psíquica “incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales”<sup>48</sup>

---

<sup>46</sup>Ibidem. p.43

<sup>47</sup>MARIJANOVICH C. Op. Cit. p.1

<sup>48</sup>Ibidem. p.1

Para ir concluyendo, la violencia obstétrica es entonces toda acción u omisión dirigida por el personal médico y de salud a provocar un daño físico, psicológico o emocional a la mujer en virtud de su condición a través de sistemas o métodos médicos desfasados que provocan la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer por un trato deshumanizado, no correspondiendo con lo preceptuado en distintos cuerpos normativos tanto de orden internacional como nacional.

### **La violencia obstétrica en Venezuela**

Terán P., Castellanos C., González M., Ramos D (2013) señalan que hasta para ese momento no existía “alguna estadística oficial que cuantifique su ocurrencia y existe confusión sobre la interpretación tanto en el personal de salud como en las usuarias del servicio”<sup>49</sup> refiriéndose a la violencia obstétrica y sobre la cual a través de un estudio de campo pudieron concluir que:

Durante el desarrollo de la investigación se pudo observar que las principales transgresiones a la norma ocurren primordialmente en dos grandes conjuntos que, para efectos de esta investigación, se han denominado trato deshumanizante y realización de actos médicos sin consentimiento informado. Los datos obtenidos permiten afirmar que este último agrupa el mayor número de prácticas violatorias de la ley, sobre todo si se parte del hecho que no se realiza de manera rutinaria la obtención del consentimiento verdaderamente informado, entrando directamente en conflicto con los numerales 2, 4 y 5 del artículo 51<sup>50</sup>.

Es decir, los investigadores se basaron en la percepción por parte de los usuarios de dos prácticas violatorias de la ley para poder determinar si en Venezuela existe o no violencia obstétrica, una de ellos fue el indicador de la

---

<sup>49</sup>TERÁN P., CASTELLANOS C., GONZÁLEZ M. y RAMOS D (2013) Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* [Documento en Línea] fecha de la consulta: 09 de marzo de 2020. Disponible: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322013000300004](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004)

<sup>50</sup>Ibíd. p.1

realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y en segundo trato deshumanizante por parte del personal de salud, obteniendo los siguientes resultados:

Las prácticas vinculadas al trato deshumanizante están más relacionadas con los numerales 1 y 3. No existe una estadística de frecuencia con la cual comparar estas cifras pero sin duda 66,8 % para actos médicos sin consentimiento y 49,4 % para trato deshumanizante, representan porcentajes elevados en la percepción de la usuaria, considerando como deseables cifras más bajas o incluso 0. Además, solo un 20,5 % reportó atención libre de violencia.

Las prácticas detalladas en el ámbito de trato deshumanizante más prevalentes fueron: obstaculizar el apego precoz lo cual reportan casi 1 de cada 4 usuarias, pero deben considerarse como variables situaciones particulares como la cesárea o la necesidad de atención inmediata por neonatología, posterior al parto. Las críticas por llorar o gritar durante el parto (21,6 %), la imposibilidad de preguntar, manifestar miedos o inquietudes (19,5 %) y las burlas, comentarios irónicos y descalificadores referidos por un 15,3 % de usuarias, reflejan la baja sensibilidad del personal, lo cual debe mejorarse mediante la formación para el parto humanizado.

La orden de no deambular si bien es considerada específicamente como un acto de violencia obstétrica, debe hacerse la salvedad que esto ocurre debido a que no existen salas de parto acondicionadas para otras modalidades de atención.

Entre las pacientes que percibieron trato deshumanizante, la mayor frecuencia estaba entre 20 y 34 años. Sin embargo, cuando consideramos el total de cada grupo de edad, observamos que fueron 116 de 274 mujeres de 20 a 34 años, lo que representa el 42,3 %. Entre las adolescentes, la proporción fue de 69 de 121 mujeres, para un porcentaje de 57 %. Es posible que algunas adolescentes consideren estos maltratos como "normales, por inexperiencia, o también podrían sentir temor a expresar su percepción al responder la encuesta. Por otro lado, las gestantes tardías que percibieron este tipo de maltrato fueron 25 de 30 mujeres entre 35 y 42 años (83,3 % del grupo) Este predominio fue altamente significativo ( $P < 0,0001$ ). Hay que considerar que ambos grupos etarios son particularmente vulnerables a esta situación en particular<sup>51</sup>.

---

<sup>51</sup>Ibidem. p.1

Como se aprecia son altos los índices de trato deshumanizado, pero mayor son las prácticas de obtención del consentimiento verdaderamente informado por parte del personal de la salud. También concluyó el estudio que “se aprecia una tendencia a percibir el trato deshumanizante con mayor frecuencia en las mujeres de mayor nivel educativo”<sup>52</sup>, esto se debe a que “quizá ellas posean un mayor conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, lo que favorece su empoderamiento, es decir, adquieren mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud”<sup>53</sup>, lo cual resulta lógico porque las personas con un mayor nivel de educación pueden percibir con mayor facilidad cuando sus derechos están siendo transgredidos.

Por último, “en cuanto a las personas que las usuarias identifican como principales perpetradores del trato deshumanizado, tenemos al personal de enfermería, hasta en 70 % de los casos. En segundo lugar es el personal médico el señalado”<sup>54</sup>. En conclusión, hasta ese momento existía en Venezuela una elevada prevalencia de prácticas obstétricas consideradas legalmente como violentas, encabezada por la realización de actos médicos sin consentimiento y en segundo lugar el trato deshumanizante por parte del personal de salud, siendo el personal de enfermería el principal perpetrador de violencia obstétrica, seguido por el personal médico.

Pero también es oportuno indicar, que es necesario actualizar estas cifras y que además se requiere hacer un estudio comparativo con la aplicación del modelo de parto humanizado a fin de contrastar resultados a objeto de determinar si en efecto con la aplicación de este último sistema existe una mayor preservación de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y

---

<sup>52</sup>Ibídem. p.1

<sup>53</sup>Ibídem. p.1

<sup>54</sup>Ibídem. p.1

con ello una disminución de las cifras de mujeres objeto de violencia obstétrica como forma de violencia de género tipificada en la Reforma de Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

### **Efectos en materia de derechos humanos de la implementación del parto humanizado y la tipificación de la violencia obstétrica en Venezuela**

Durante las últimas décadas Venezuela ha dado importantes pasos en materia de derechos humanos de las mujeres, convirtiéndose en signataria de instrumentos jurídicos importantes en materia de los derechos humanos de las mujeres y, especialmente, en materia de violencia contra ellas. Este hecho ha permitido empoderar a las féminas garantizando su derecho de decidir sobre su propio cuerpo, a estar informadas y elegir el momento, lugar y con quién tener su parto, y en fin decidir todo lo relacionado al trabajo de parto y nacimiento de sus hijos.

Es decir, el reconocimiento de estos derechos, entre los que se encuentran los derechos sexuales y reproductivos, permitió como ya se analizó que la legislación venezolana tipificara en la Reforma de Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia la violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer tal y como se desarrolló previamente y esto a su vez se constituyó en el fundamento para la implementación del parto humanizado el cual se basa en el respeto a los derechos humanos de las mujeres, niños, niñas, adolescentes, padres y familias, así como también permite respetar y garantizan el derecho a la vida en condiciones de dignidad para alcanzar el bienestar social.

## Marco Normativo

### Tratados, Pactos y acuerdos internacionales

Declaración Universal de Derechos Humanos adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de fecha 10 de diciembre de 1948 dispone en el artículo 3 que “Todo individuo tiene derecho a la vida, la libertad y seguridad de su persona”<sup>55</sup>.

El artículo 25 numeral 1 dispone: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”<sup>56</sup>.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos adoptado por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de fecha 16 de diciembre de 1966 dispone en el artículo 6 que “El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”<sup>57</sup>.

La Convención Americana de los Derechos Humanos de 1969 suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana Sobre Derechos Humanos en 1969, establece en el artículo 4 que:

---

<sup>55</sup>Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de la ONU. [Base de datos en línea] Disponible en: <http://www.conflictive.org.ve/derechos-humanos/declaracion-universal-de-derechos-humanos-aprobada-el-10-de-diciembre-de-1948-por-la-asamblea-general-de-la-onu.html>

<sup>56</sup>Ibidem.

<sup>57</sup>Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de fecha 16 de diciembre de 1966

#### Artículo 4 Derecho a la Vida

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

2. En los países que no han abolido la pena de muerte, ésta sólo podrá imponerse por los delitos más graves, en cumplimiento de sentencia ejecutoriada de tribunal competente y de conformidad con una ley que establezca tal pena, dictada con anterioridad a la comisión del delito. Tampoco se extenderá su aplicación a delitos a los cuales no se la aplique actualmente.

3. No se restablecerá la pena de muerte en los Estados que la han abolido.

4. En ningún caso se puede aplicar la pena de muerte por delitos políticos ni comunes conexos con los políticos.

5. No se impondrá la pena de muerte a personas que, en el momento de la comisión del delito, tuvieran menos de dieciocho años de edad o más de setenta, ni se le aplicará a las mujeres en estado de gravidez.

6. Toda persona condenada a muerte tiene derecho a solicitar la amnistía, el indulto o la conmutación de la pena, los cuales podrán ser concedidos en todos los casos. No se puede aplicar la pena de muerte mientras la solicitud esté pendiente de decisión ante autoridad competente.

Se consagra de esta manera también en este instrumento el derecho a la vida y la prohibición de aplicar la pena de muerte hasta que no exista una sentencia definitivamente firme, así como también la prohibición de su implementación en aquellos países que la misma haya sido abolida. Por otro lado, en materia de violencia contra la mujer, Venezuela suscribió los siguientes convenios y acuerdos internacionales:

1. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Convención Belem De Pará) del 9 de junio de 1995 <sup>58</sup>.
2. Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979)<sup>59</sup>.

---

<sup>58</sup>Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia Contra la Mujer "Convención de Belém do Pará" Adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, en su vigésimo cuarto periodo ordinario de sesiones, del 9 de junio de 1994, en Belém do Pará, Brasil Entrada en vigor: el 5 de marzo de 1995 de conformidad con el Artículo 21.

3. Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer (1993)<sup>60</sup>.

### **Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (CNRBV)**

Artículo 2. Venezuela se constituye en un Estado democrático y social de derecho y de justicia que propugna como valores superiores del ordenamiento jurídico y de su actuación la vida, la libertad, la justicia, la igualdad, la solidaridad, la democracia, la responsabilidad social y en general, la preeminencia de los derechos humanos, la ética y el pluralismo político<sup>61</sup>.

Artículo 3 El Estado tiene como fines esenciales la defensa y el desarrollo de la persona y el respeto a su dignidad<sup>62</sup>.

De conformidad con los citados artículos Venezuela se constituye en un Estado de derecho, lo que implica que los actos tanto de los particulares como el Estado deben estar sometidos a la Constitución y la Ley, además, se reconocen dentro de sus principios formadores la preeminencia de los derechos humanos, la defensa y desarrollo de la persona y su dignidad.

Artículo 23. Los tratados, pactos y convenciones relativos a derechos humanos suscritos y ratificados por Venezuela, tienen jerarquía constitucional y prevalecen en el orden interno, en la medida en que contengan normas sobre su goce y ejercicio más favorables a las establecidas por esta Constitución y la Ley de la República, y son de aplicación inmediata y directa por los tribunales y demás órganos de la República<sup>63</sup>.

---

<sup>59</sup>Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada en diciembre de 1979 por Resolución 34/180 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

<sup>60</sup>Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer aprobada sin votación por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 48/104 del 20 de diciembre de 1993.

<sup>61</sup>Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Gaceta Oficial N° 5.908 (Extraordinario), de fecha de fecha 24 de marzo de 2000.

<sup>62</sup>Ibidem.

<sup>63</sup>Ibidem.

Consagra esta disposición la supremacía constitucional de aquellos tratados, acuerdos y convenios internacionales suscritos por la República cuando estos consagran derechos que no hayan sido reconocidos por el ordenamiento jurídico venezolano, así como en aquellos instrumentos que contengan normas sobre su goce y ejercicio más favorables a las establecidas por esta Constitución y la Ley de la Republica.

Artículo 43. El derecho a la vida es inviolable. Ninguna ley podrá establecer la pena de muerte, ni autoridad alguna aplicarla. El Estado protegerá la vida de las personas que se encuentren privadas de su libertad, prestando el servicio militar o civil, o sometidas a su autoridad en cualquier otra forma<sup>64</sup>.

Artículo 83. El derecho a la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida<sup>65</sup>.

De ambas disposiciones se consagra el derecho a la vida, el cual incluye el derecho a no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo y en el caso del derecho a la salud previsto en los artículos 83 y 84 de la máxima norma rectora incluye el derecho a la salud reproductiva. También se consagran otros derechos que guardan relación con el tema aquí abordado como son: El Derecho a la libertad, seguridad e integridad personal (art. 44, 46 y 54 de la CRBV) que incluyen el derecho a no ser sometida a torturas, ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. El derecho a la educación (art. 103 de la CRBV)

---

<sup>64</sup>Ibídem.

<sup>65</sup>Ibídem.

## CAPITULO III

### MARCO METODOLÓGICO

Este capítulo hace referencia a las estrategias metodológicas que se utilizaron para elaborar el presente trabajo de investigación, primero determinando el tipo y nivel de investigación, para así precisar el método y técnicas aplicables para lograr el desarrollo sistemático del tema. De acuerdo al desarrollo de esta investigación, se puede catalogar como investigación de tipo cualitativo, enfoque que según lo explica Navarro L (2009):

Los estudios con un enfoque cualitativo, se fundamentan en un proceso inductivo. Es decir, se explora y se describe una situación particular, para llegar a conocimientos generales. No se describen las variables en valores numéricos. Por lo tanto no usa el análisis estadístico, ni se generalizan los resultados obtenidos de muestras parcialmente representativas al resto de la población.

El enfoque cualitativo ayuda a descubrir y pulir preguntas de investigación y se asocia generalmente con estudios exploratorios. Sin embargo, también puede llegar a tener alcance descriptivo correlacional (en un sentido no estadístico) y causal<sup>66</sup>.

De esta definición se evidencia las diferencias entre el enfoque cualitativo y cuantitativo. La primera de ellas es que en el enfoque cualitativo los resultados no se analizan desde el punto de vista estadístico, por tanto, al no existir variables que puedan describirse numéricamente, no puede aplicarse los resultados obtenidos a toda la población. En consecuencia, en los estudios cualitativos se analizan y describen aspectos o situaciones no cuantificables como sería por ejemplo actitudes, comportamientos.

Partiendo de esto, debe indicarse que este estudio posee un enfoque cualitativo, pues el mismo no se basa en el análisis estadístico de las

---

<sup>66</sup>NAVARRO L. (2009) *Desarrollo, Ejecución y Presentación del Proyecto de Investigación*. Caracas. Editorial Panapo. p.16

variables sino es la descripción de las mismas, es decir, la misma busca denotar los caracteres que distinguen a la información recopilada sobre el tema objeto de investigación como es el parto humanizado frente a la violencia obstétrica en Venezuela, en el que se pretende analizar cómo se indicó en el primer capítulo el parto humanizado, sus características y el propósito del mismo, así como los casos que podría configurar violencia obstétrica. Mientras que desde el punto de vista jurídico se abordó la regulación jurídica existente en materia de protección a los derechos de la mujer.

## Conclusiones

Las mujeres por años han sido objeto de diversos tipos de violencia, por ello, las sociedades del mundo han dirigido acciones especialmente en el orden legal para lograr su protección, actualmente a nivel internacional, la mayor parte de los países del mundo han suscrito y ratificado tratados, acuerdos y convenios internacionales para la protección de la mujer en todos los ámbitos posibles de su vida. Asimismo, han reconocido en sus ordenamientos jurídicos internos un importante número de derechos humanos a favor de ellas, con el propósito de erradicar cualquier conducta bien sea que provenga de los ciudadanos o del propio Estado que pueda lesionar los derechos e intereses de las féminas.

Es por esta razón, que tanto en instrumentos jurídicos internacionales como nacionales se han reconocido y con ello protegido los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, iniciando en el caso venezolano con la Constitución nacional de la República Bolivariana como máxima norma rectora, los tratados, pactos, convenios y acuerdos internacionales suscritos y ratificados por la República los cuales gozan de jerarquía constitucional de conformidad con el artículo 23. Asimismo, la nación cuenta con una Ley especialísima como es la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia la cual consagra en el artículo 15 diecinueve (19) formas de violencia contra la mujer entre las que destaca la violencia obstétrica.

En efecto, en esta disposición se define la violencia obstétrica como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, a través de un trato deshumanizador que desconfigura los procesos naturales trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir por parte de la mujer impactando negativamente en esta. Dentro de

las conductas constitutivas de violencia obstétrica contempladas en la regulación Venezolana destacan: No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas, obligar innecesariamente a parir en posición supina y con las piernas levantadas, impedir sin causa el apego, alterar injustificadamente el proceso natural del parto mediante técnicas de aceleración y prácticas de cesáreas innecesarias, entre otras.

En contraposición a la violencia obstétrica surge el parto humanizado como una política en materia de salud promovida en el país por el gobierno nacional la cual consiste en atender a la madre y su familia directa en condiciones armónicas donde se garanticen sus derechos, haciendo del proceso de parto un evento natural donde la mujer puede decidir la forma de alumbramiento y el modo en el que el mismo se llevará a cabo, de manera de evitar cualquier hecho violento que atente contra la integridad física, mental y emocional de la madre. El parto humanizado, es mecanismo de protección a los derechos humanos no solo de la mujer, sino también de todos los miembros de la familia, y como forma de asegurar mejores condiciones y calidad de vida, pues el mismo tiene como finalidad erradicar este tipo violencia eliminando el intervencionismo médico y las prácticas generalizadas llevadas a cabo por estos para dar paso a una atención más humanizada donde prevalecen las necesidades personales e individuales de cada paciente.

## RECOMENDACIONES

1. Organizar charlas y talleres en centros educativos, así como en instituciones de la Salud y la propia comunidad a fin de dar a conocer en que consiste el parto humanizado, sus beneficios y la importancia que tiene para la protección de los derechos de la mujer y la familia
2. Fomentar el desarrollo de estudios científicos imparciales relativos a la situación de la violencia obstétrica en Venezuela.
3. Actualizar las cifras de atención de pacientes de parto humanizado.
4. Promover leyes dirigidas a instituir el parto humanizado en virtud de los beneficios de esta para la protección de los derechos humanos de la mujer.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BIURRUN Ainoa. (2017) *La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol*. Tesis de doctorado publicada. Universitat de Lleida, España.
- CANELÓN María Alejandra. (2015) “Significado Del Parto Vertical Para Los/Las Obstetras. Una Propuesta Educativa”. Trabajo de Maestría publicado. Universidad de Carabobo. Carabobo, Venezuela.
- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres del Gobierno de México. ¿Qué es la perspectiva de género y por qué es necesario implementarla? [Documento en línea] fecha de consulta: 05 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/conavim/articulos/que-es-la-perspectiva-de-genero-y-por-que-es-necesario-implementarla>
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Gaceta Oficial N° 5.908 (Extraordinario), de fecha de fecha 24 de marzo de 2000.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia Contra la Mujer “Convención de Belém do Pará” Adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, en su vigésimo cuarto periodo ordinario de sesiones, del 9 de junio de 1994, en Belém do Pará, Brasil Entrada en vigor: el 5 de marzo de 1995 de conformidad con el Artículo 21.
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada en diciembre de 1979 por Resolución 34/180 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de la ONU. [Base de datos en línea] Disponible en: <http://www.conflictove.org.ve/derechos-humanos/declaracion-universal-de-derechos-humanos-aprobada-el-10-de-diciembre-de-1948-por-la-asamblea-general-de-la-onu.html>
- Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer aprobada sin votación por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 48/104 del 20 de diciembre de 1993
- DEFENSORIA DEL PUEBLO. (2012) El Parto y nacimiento humanizado como derecho humano: Un desafío para la transformación social.

Fundación Juan Vives Suriá. Caracas, Venezuela. [Documento en línea] fecha de consulta: 03 de marzo de 2020. Disponible en: [http://www.defensoria.gob.ve/images/pdfs/librosDDHH/parto\\_y\\_nacimiento\\_humanizado.pdf](http://www.defensoria.gob.ve/images/pdfs/librosDDHH/parto_y_nacimiento_humanizado.pdf)

FARFÁN Bárbara Gabriela. (2017) *Parto humanizado: barreras y facilitadores según la percepción del personal médico*. Trabajo de especialización publicado. Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

FERNÁNDEZ, Jaqueline (2017) *Violencia Obstétrica en Contextos de Crisis de Salud* [Página en línea] fecha de consulta: 12 octubre 2019. Disponible en: <https://www.amnistia.org/ve/blog/2017/08/3284/violencia-obstetrica>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Unicef. Comunicación, Infancia y Adolescencia. Guía Para Periodistas Perspectiva de Género. [Documento en línea] fecha de consulta: 05 de marzo de 2020. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Perspectiva%20G%C3%A9nero%20Comunicaci%C3%B3n,%20infancia%20y%20adolescencia%20Gu%C3%ADas%20para%20periodistas%20.pdf>

GARCÍA Eva. (2018) *La Violencia Obstétrica como Violencia de Género*. Tesis doctoral publicada. Universidad autónoma de Madrid, Madrid. España.

GIRALDO, B (2013) *Metodología de la Investigación* [Documento en línea] fecha de consulta: 01 de marzo de 2020. Disponible en: <https://bianneygiraldo77.wordpress.com/2013/01/22/bases-teoricas/>

GUTIÉRREZ Antonia Margarita. (2017) *Parto libre y natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto hospital alemán nicaragüense, noviembre 2016 - enero 2017*. Trabajo de especialización publicado. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, Nicaragua.

IRIBARREN Romeral. (2016) *La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario*. Tesis de grado publicada, Universitat de Lleida, España.

MACÍAS Mariela G., HARO, Javier I. PILOSO., Felicita E., GALARZA Gabriela L. QUISHPE María del Carmen. y Triviño Brenda N. (2018) *Importancia y Beneficios del Parto Humanizado*. *Revista Dominio de las ciencias*. [Revista en línea] fecha de consulta: 05 de marzo de 2020. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xXy6oCKh>

[BkJ:https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo%3Fcodigo%3D6560206%26orden%3D0%26info%3Dlink+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ve](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo%3Fcodigo%3D6560206%26orden%3D0%26info%3Dlink+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ve)

MUÑOZ María Nieves. (2014) *Una percepción de atención humanizada y satisfactoria del parto*. Tesis doctoral publicada. Universidad de Murcia, Murcia, España.

NAVARRO L. (2009) Desarrollo, Ejecución y Presentación del Proyecto de Investigación. Caracas. Editorial Panapo.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de fecha 16 de diciembre de 1966

SALAZAR, Marisol (S/f) Los Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en México en el Marco Jurídico Internacional [Documento en línea] fecha de consulta: Octubre 2019. Disponible en: <http://www.femumex.org/docs/revistaDigital/losDerechosSexualesYReproductivosDeLasMujeresEnMexicoEnElMarcoJuridicoInternacional.pdf>

TERÁN Pablo., CASTELLANOS Carlos., GONZÁLEZ Mireya. y RAMOS Damaris (2013) Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* [Documento en Línea] fecha de la consulta: 09 de marzo de 2020. Disponible: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322013000300004](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004)

Unidad de Atención Integral a la Mujer Minsal. Parto Humanizado Violencia Obstétrica Panorama General [Página en línea] fecha de consulta: 08 octubre 2019. Disponible en: [https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud\\_2016\\_presentaciones/presentacion21102016/PARTO-HUMANIZADO.pdf](https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2016_presentaciones/presentacion21102016/PARTO-HUMANIZADO.pdf)

VILLALOBOS Ivonne Rosmery. (2017) *Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en pacientes, admitidas en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo. 2011 – 2015*. Tesis de especialización publicada. Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.