

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DESDE LA PERSPECTIVA DE MUJERES Y PROFESIONALES DE LA SALUD

OBSTETRIC VIOLENCE: A SYSTEMATIC REVIEW FROM THE PERSPECTIVE OF WOMEN AND HEALTH PROFESSIONALS

Lizette Rogel Cárdenas ^{1,a}, Andrea Velásquez Muñoz ^{2,b,c,d,e}

Filiación:

¹ Universidad de Los Lagos, Carrera de Obstetricia y Puericultura, Obstetricia y Puericultura, Osorno, Chile

² Universidad de Los Lagos, Departamento de Salud, Obstetricia, Osorno, Chile

^a Licenciada en Obstetricia y Puericultura

^b Matrona

^c Psicóloga

^d Magíster en Psicología Educacional

^e Magíster en Dirección y Gestión Estratégica en Salud

Cómo citar el artículo: Rogel-Cárdenas L, Velásquez-Muñoz A. Violencia obstétrica: Una revisión sistemática desde la perspectiva de mujeres y profesionales de la salud. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2025; 10 (3): r1-r9. DOI: 10.47784/rismf.2025.10.3.426

Financiamiento: El estudio fue autofinanciado

Conflictos de interés: Las autoras declaran no tener conflictos de interés

Correspondencia:

Andrea Velásquez Muñoz
Correo electrónico:
andrea.velasquez@ulagos.cl

Recibido: 21-07-2025

Revisión: 15-08-2025

Aprobado: 29-08-2025

Anticipada: 01-09-2025

Publicado: 01-09-2025



RESUMEN

Objetivo: Analizar la evidencia científica disponible en relación con las acciones específicas durante el trabajo de parto y puerperio que son percibidas como violencia obstétrica desde la perspectiva de mujeres embarazadas, multiparas, puérperas y profesionales del área de la salud. **Material y métodos:** Se realizó una revisión sistemática de artículos publicados entre 2013 y 2023 en PubMed, EBSCO, LILACS y SciELO, en inglés, español y portugués. La calidad metodológica de los estudios se evaluó mediante la escala CASPe. **Resultados:** Se incluyeron 36 artículos. Los hallazgos revelaron que, desde la perspectiva de las usuarias, las acciones de violencia obstétrica más frecuentes incluyeron la violencia verbal, la maniobra de Kristeller, la episiotomía, los procedimientos sin consentimiento, la prohibición de acompañante y la discriminación. Los profesionales, por su parte, identificaron la violencia verbal, la maniobra de Kristeller y la episiotomía como las acciones más recurrentes. Se evidenciaron discrepancias significativas en la percepción de la violencia obstétrica entre ambos grupos. **Conclusión:** La evidencia confirma que la violencia obstétrica persiste en múltiples formas durante el parto y puerperio, con discrepancias significativas en su percepción entre mujeres y profesionales de la salud.

Palabras clave: Violencia obstétrica, Salud de la mujer, Trabajo de parto (Fuente: DeCS, BIREME)

ABSTRACT

Objective: To analyze the available scientific evidence regarding specific actions during labor and postpartum that are perceived as obstetric violence from the perspective of pregnant women, multiparous women, postpartum women, and healthcare professionals. **Materials and Methods:** A systematic review of articles published between 2013 and 2023 was conducted in PubMed, EBSCO, LILACS, and SciELO, in English, Spanish, and Portuguese. The methodological quality of the studies was assessed using the CASPe scale. **Results:** Thirty-six articles were included. Findings revealed that, from the users' perspective, the most frequent forms of obstetric violence included verbal abuse, the Kristeller maneuver, episiotomy, procedures without consent, denial of a companion, and discrimination. Healthcare professionals, on the other hand, identified verbal abuse, the Kristeller maneuver, and episiotomy as the most recurrent actions. Significant discrepancies were found in the perception of obstetric violence between both groups. **Conclusion:** The evidence confirms that obstetric violence persists in multiple forms during labor and postpartum, with significant discrepancies in its perception between women and healthcare professionals.

Key words: Obstetric violence, Womens health, Parturition (Source: MeSH, NLM)

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia obstétrica como toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio (1). Esta forma de violencia, con raíces históricas en prácticas discriminatorias como la negación o subestimación del dolor basada en la raza o estatus social (1), persistió a través del tiempo, afectando desproporcionadamente a grupos vulnerables.

Estudios recientes confirman la magnitud global del problema. Una investigación de la OMS en 2016 con mujeres de Ghana, Guinea, Myanmar y Nigeria reveló altas tasas de procedimientos sin consentimiento (e.g., 13% de cesáreas, 75% de episiotomías y 59% de exámenes vaginales) y maltrato verbal (38% de las participantes) (2). En Chile, una encuesta de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) en 2019-2020 encontró que el 79.3% de 2015 mujeres reportaron haber sufrido violencia obstétrica, siendo más frecuente en centros públicos y entre personas pertenecientes a pueblos originarios o no heterosexuales. Las acciones más citadas incluyeron episiotomías sistemáticas, la maniobra de Kristeller, cesáreas injustificadas, ruptura artificial de membranas, monitoreo fetal constante, uso de oxitocina sintética y tactos vaginales reiterados (3).

La perspectiva de los profesionales de la salud es igualmente crucial para comprender este fenómeno. Algunas investigaciones sugieren que la desinformación, el estrés diario, el desgaste físico y mental pueden influir en la ocurrencia de malos tratos y afectar la relación médico-paciente (4). Por ejemplo, un estudio en Ecuador con 63 profesionales halló que, si bien el 80.3% conocía el término "violencia obstétrica" y el 73.8% había presenciado acciones consideradas como tal (e.g., comentarios irónicos, críticas por llorar, prohibición de deambular), un 60.7% desconocía la legislación al respecto (5). De manera similar, una investigación venezolana reveló que, a pesar del conocimiento sobre violencia obstétrica, los 70 médicos entrevistados incurrieron en acciones como el uso de oxitocina sin consentimiento informado (6). Sin embargo, en contraste, otro

estudio en Brasil mostró que el 78% de 23 médicos consideraba el término "violencia obstétrica" polémico, aunque reconocían la negligencia y la falta de analgesia rutinaria como formas de violencia (8). En Chile, matronas reconocieron el maltrato por acción u omisión, incluyendo insultos, sobre intervenciones y procedimientos sin consentimiento (9).

A pesar de las declaraciones de la OMS de 2014 sobre la prevención del maltrato y las recomendaciones de 2018 para una experiencia de parto positiva (10), las prácticas consideradas violencia obstétrica persisten, dificultando un parto respetado y seguro. Si bien la literatura ha documentado las experiencias de mujeres y las percepciones de profesionales por separado, existe una brecha en la síntesis que compare y contraste las acciones específicas percibidas como violencia obstétrica desde ambas perspectivas de manera integral.

Es por ello por lo que la presente revisión sistemática tiene como objetivo analizar la evidencia científica disponible con relación a las acciones específicas durante el trabajo de parto y puerperio que son percibidas como violencia obstétrica desde la perspectiva de mujeres embarazadas, multíparas, puérperas y profesionales del área de la salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta revisión sistemática se llevó a cabo siguiendo las directrices PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). El protocolo de la revisión no fue registrado formalmente debido a que la revisión se inició antes de la definición del plan de publicación.

La pregunta de investigación que guio esta revisión fue: "¿Qué acciones durante el trabajo de parto y puerperio son consideradas violencia obstétrica desde la perspectiva de mujeres embarazadas, multíparas, puérperas y profesionales del área de salud?". Para la construcción de esta pregunta se aplicó la estrategia PIO, definiendo la letra "P" como población (mujeres embarazadas, multíparas, puérperas y profesionales del área de la salud), "I" como intervención (trabajo de parto y puerperio) y la letra "O" como resultado (violencia obstétrica).

Fuentes de Información y Estrategia de Búsqueda

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos PubMed, EBSCO, LILACS y SciELO, abarcando publicaciones desde el año 2013 hasta el año 2023. Las estrategias de búsqueda empleadas en cada base de datos fueron las siguientes:

- PubMed: (("Humans"[Mesh]) AND "Labor, Obstetric"[Mesh]) OR "Postpartum Period"[Mesh] AND "obstetric violence")
- EBSCO: obstetric violence AND humans AND postpartum period AND labor, obstetric
- LILACS: ("violencia obstétrica") AND ("parto") AND ("periodo postparto") AND ("humano")
- SciELO: ("mujeres") AND ("parto") AND ("violencia obstétrica")

Criterios de Elegibilidad

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión para la selección de los estudios:

- *Inclusión:* Artículos que abordaran la perspectiva de mujeres multíparas, embarazadas y puérperas de cualquier edad, atendidas en sistema público o privado, que hayan experimentado el trabajo de parto y puerperio; y profesionales que trabajaran en el área de la salud, tanto en el sistema público como privado. Todos los estudios debían referirse explícitamente a la violencia obstétrica.
- *Exclusión:* Artículos sobre trastornos mentales, perspectiva de la pareja y/o acompañante, mujeres privadas de libertad, reproducción asistida, doulas, discurso de los medios de comunicación, directores del área de la salud, mujeres sin trabajo de parto, mujeres en atención primaria de la salud y nivel secundario de atención, depresión postparto, muerte fetal o del recién nacido, estrés postparto, malformaciones fetales, validación de encuestas, estudios de prevalencia puros, y estudios etnográficos.

Proceso de Selección de Estudios

La identificación y selección de los estudios se llevó a cabo en varias fases, documentadas en el

Diagrama de Flujo PRISMA (**Figura 1**). Inicialmente, la búsqueda en las bases de datos arrojó un total de 117 artículos. Tras la eliminación de 14 artículos duplicados, 29 no disponibles y 2 con más de 10 años de antigüedad, y 1 por ser una revisión sistemática, se consideraron 82 artículos elegibles para la fase de cribado. Posteriormente, se realizó la lectura de títulos y resúmenes de estos 82 artículos, aplicando rigurosamente los criterios de elegibilidad.

En esta fase, se excluyeron 34 artículos por las siguientes razones específicas: 4 por depresión post-parto, 4 por ser opinión de directores del área de salud, 3 por muerte fetal o del recién nacido, 2 por perspectiva de la pareja y/o acompañante, 1 por opinión de doulas, 1 por malformaciones fetales, 1 por mujeres privadas de libertad, 1 por discurso de los medios de comunicación, 1 por estrés postraumático, 1 por validación de encuesta, 1 por reproducción asistida, 1 estudio de prevalencia, y 14 estudios etnográficos. Los 36 artículos restantes fueron seleccionados para la lectura a texto completo.

Evaluación de la Calidad Metodológica y Extracción de Datos

La evaluación de la calidad metodológica de los 36 artículos incluidos a texto completo se realizó de forma independiente por dos revisores (duplas de revisores), utilizando la escala CASPe (Critical Appraisal Skills Programme). Se clasificaron los artículos según los siguientes criterios de calidad: baja calidad (<40%), mediana calidad (40%-60%), y alta calidad (>60%). Para la síntesis final, solo se consideraron los artículos clasificados como de alta calidad, lo que incluyó a los 36 artículos seleccionados. Las discrepancias en la evaluación de la calidad y la extracción de datos se resolvieron mediante discusión y consenso entre los revisores. En caso de desacuerdo persistente, se contó con la participación de un tercer revisor para alcanzar una decisión final.

La extracción de datos de los estudios incluidos se realizó utilizando un formulario estandarizado predefinido. De cada artículo, se capturó información clave para la síntesis, incluyendo: autor, año de publicación, país de origen del estudio, características de la muestra o participantes, tipo de estudio, instrumento de

evaluación utilizado, y los principales resultados referentes a las acciones específicas percibidas como violencia obstétrica.

Síntesis de Datos

Los datos extraídos de los artículos de alta calidad se analizaron mediante una síntesis narrativa para identificar y agrupar las acciones específicas percibidas como violencia obstétrica. Este proceso se realizó desde las perspectivas de las mujeres (embarazadas, multíparas, puérperas) y de los profesionales de la salud. Se empleó un enfoque temático para integrar los hallazgos cualitativos y cuantitativos relevantes para la pregunta de investigación, buscando patrones y discrepancias en las percepciones reportadas.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 36 artículos en la revisión sistemática, cuyas características principales se detallan en la **Tabla 1**.

De estos, 32 abordaron la violencia obstétrica desde la perspectiva de mujeres (multíparas, embarazadas, en trabajo de parto y puérperas), mientras que 4 artículos se centraron en la percepción de profesionales del área de la salud. La mayoría de los estudios fueron de tipo cualitativo ($n=29$), con una minoría de enfoque cuantitativo ($n=7$). Geográficamente, las investigaciones mostraron un predominio evidente de estudios realizados en Latinoamérica, destacando Brasil como el país con mayor número de publicaciones.

2.1. Percepciones de las Mujeres (Embarazadas, Multíparas, Puérperas)

Desde la perspectiva de las usuarias, los resultados evidenciaron que la violencia verbal fue la acción más frecuentemente reconocida como violencia obstétrica, identificada en 18 de los artículos analizados.

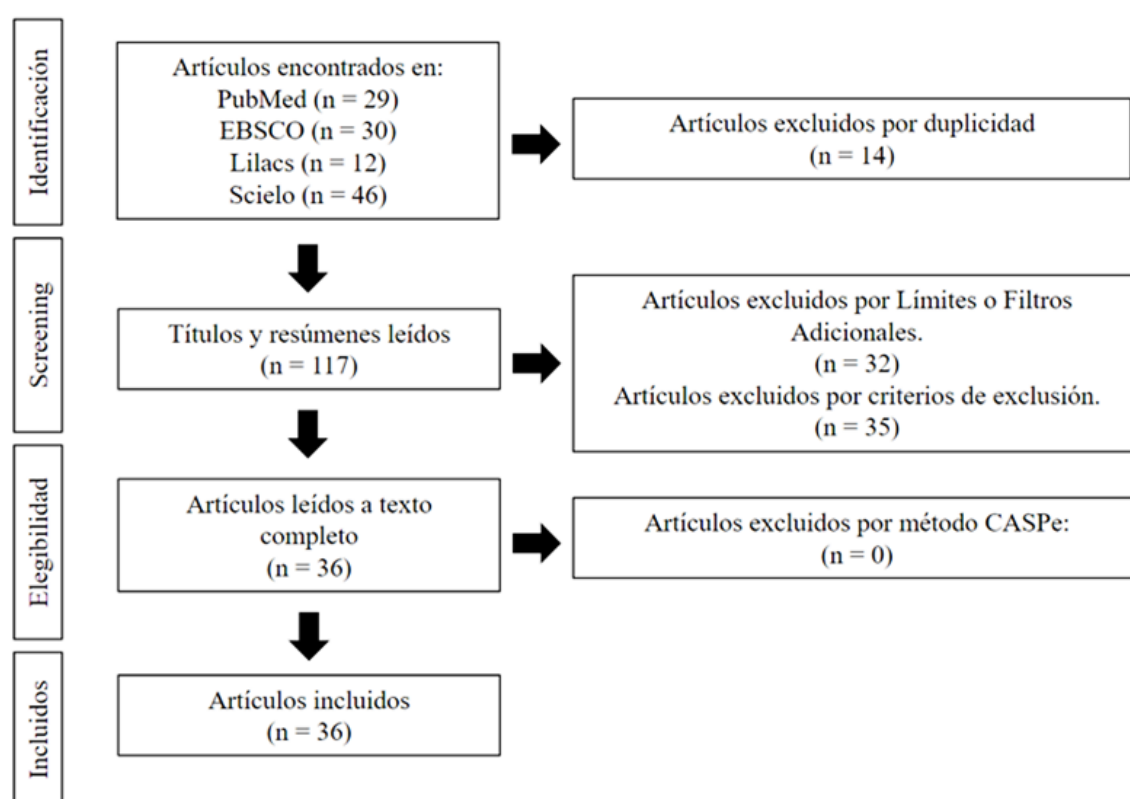


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios según directrices PRISMA

Tabla 1. Estudios Representativos sobre Violencia Obstétrica

Autor, año, país	Muestra/Participantes	Principales resultados
Ribeiro D de O, 2020, Brasil	20 mujeres	40% reportó VO; discriminación, tricotomía, Kristeller
Traiano AR, 2019, Etiopía	409 mujeres	75.1% VO; atención sin consentimiento fue la más frecuente
Wekat IMM, 2022, Palestina	269 mujeres	VO 97.8%; abuso físico, verbal, sin consentimiento
Arthuis C, 2022, Francia	2135 mujeres	7.3% mala experiencia; 2.6% falta de privacidad
Briceño Morales X, 2018, Colombia	16 mujeres	Kristeller, menosprecio, procedimientos sin consentimiento
Bitencourt AC, 2021, Brasil	22 profesionales	Reconocen VO: episiotomía innecesaria, agresión verbal
Cárdenas M, 2023, Chile	2105 mujeres	79.3% VO; tactos reiterados, oxitocina, episiotomía

Esta categoría incluyó manifestaciones como gritos, humillaciones, bromas inapropiadas, censura, regañones, comentarios ofensivos, amenazas, trato rudo, menosprecio, ridiculización, denigración y culpabilización por parte del personal sanitario.

Otra acción comúnmente reportada fue la realización de la maniobra de Kristeller, mencionada en 13 de los artículos.

Asimismo, se observaron diversas prohibiciones impuestas a las usuarias, lo que conllevaba a una pérdida de autonomía. Entre ellas, la prohibición de la presencia de un acompañante durante el periodo de parto y/o postparto fue señalada en 10 artículos. La restricción de ingerir alimentos y/o agua durante el trabajo de parto, parto y postparto se mencionó en 7 artículos. Adicionalmente, la prohibición de movimiento, impidiendo a las mujeres parir en una posición libre, fue reportada en 9 artículos.

En múltiples estudios, se destacó la realización de procedimientos sin consentimiento previo, sin justificación clínica o sin proporcionar información adecuada a las usuarias. Dentro de estos procedimientos se incluyeron:

- Tactos vaginales (10 artículos)
- Uso de oxitocina (7 artículos)
- Uso de enema (2 artículos)
- Cesáreas (3 artículos)
- Episiotomías sin anestesia (13 artículos)
- Rotura artificial de membranas (2 artículos)

- Tricotomía (2 artículos)
- Dilatación manual (2 artículos)
- Extracción manual de leche (1 artículo)
- Lgrado uterino sin anestesia (1 artículo)
- El “punto de marido” (1 artículo)

La discriminación hacia las mujeres fue un hallazgo recurrente, mencionada en 8 artículos. Esta discriminación se manifestó por la edad (mayor incidencia en edades extremas), creencias religiosas, número de hijos o la cultura de las pacientes.

Varias investigaciones (6 artículos) indicaron la invalidación o subestimación del dolor que sienten las mujeres durante el trabajo de parto y parto. Relacionado con esto, en 3 artículos se encontró la negación de la administración de analgesia para el dolor provocado por las contracciones.

Otros hallazgos relevantes incluyeron:

- Falta de privacidad y confidencialidad en los recintos sanitarios (5 artículos).
- Relación conflictiva con los trabajadores de la salud (2 artículos) y la percepción de un hábito médico autoritario (1 artículo).
- Negación y/o demora en la atención (3 artículos).
- Negación de hospitalización o envío a sala de espera (2 artículos).

- Negación de información sobre el propio estado de salud o del recién nacido (4 artículos).
- Negación de acceso a métodos anticonceptivos como esterilización, implantes y/o dispositivos intrauterinos (2 artículos).
- Presión para un parto normal y obligación de caminar en la última etapa del parto (2 artículos).
- Dolor durante la sutura de la cesárea (1 artículo).
- Falta de apoyo emocional por parte del personal (2 artículos).
- Falta de apego inmediato postparto entre el recién nacido y la usuaria (4 artículos).
- Desconocimiento del término "violencia obstétrica" por parte de una porción de las usuarias (3 artículos).
- Negligencia (2 estudios) y violencia sexual (1 artículo) también fueron reconocidas como formas de violencia obstétrica.

2.2. Percepciones de los Profesionales del Área de la Salud

Desde la perspectiva de los profesionales (4 artículos), las acciones más comúnmente reconocidas como violencia obstétrica fueron la violencia verbal (incluyendo falta de paciencia, falta de respeto, humillaciones, bromas, censura, gritos, regaños, comentarios inapropiados, amenazas, discriminación, trato rudo, menosprecio, ridiculización y culpabilización) y la realización de episiotomías sin analgesia y/o sin consentimiento informado, ambas identificadas en 3 de los 4 artículos analizados.

Al igual que en la opinión de las mujeres, los profesionales también reconocieron las siguientes acciones como violencia obstétrica:

- Tactos vaginales sin consentimiento, repetitivos y dolorosos (1 artículo).
- Uso de la maniobra de Kristeller (2 artículos).
- Uso de oxitocina (1 artículo).
- Uso de enemas (1 artículo).
- Prohibición de elegir la posición de parto (1 artículo).
- Demoras o negación de la atención (1 artículo).
- Relaciones conflictivas entre paciente y personal (1 artículo).

- Negación de información (1 artículo).

En uno de los artículos incluidos, una parte de la muestra poblacional de profesionales manifestó desconocer el significado de violencia obstétrica.

DISCUSIÓN

La presente revisión sistemática tuvo como objetivo analizar la evidencia científica disponible sobre las acciones percibidas como violencia obstétrica desde la perspectiva de mujeres y profesionales de la salud. Los hallazgos de este estudio resaltan la persistencia de diversas formas de violencia obstétrica, a pesar de la creciente visibilidad del fenómeno y las directrices internacionales para su prevención.

Uno de los resultados más prevalentes identificados en los estudios es la violencia verbal, percibida tanto por las mujeres como por los profesionales. Sorprendentemente, algunos profesionales justifican estas conductas con el cansancio y la alta frecuencia de los turnos. Sin embargo, la evidencia demuestra que los comentarios inapropiados del personal de salud se traducen en una asistencia de parto deshumanizada. En línea con esto, Carvalho et al. (2020) (11) señalan que las frases peyorativas y represoras son erróneamente utilizadas por el personal para ejercer autoridad, mientras que Bitencourt et al. (2021) (12) argumentan que frases irónicas o moralistas son a veces entendidas como "sentido del humor" por los propios profesionales. Esto subraya la necesidad crítica de una sensibilización profunda y cambios culturales en la formación y práctica de los equipos de salud, más allá de la gestión de la carga laboral.

La revisión también evidencia la constante repetición de la maniobra de Kristeller en múltiples artículos, a menudo realizada sin consentimiento y asociada a un dolor significativo. Esta práctica se mantiene a pesar de la sólida evidencia de sus consecuencias físicas y éticas, como lo demuestran Becerra-Chauca et al. (2019) (13), quienes reportaron que un 32,8% de las mujeres sufrió secuelas físicas (principalmente desgarros vaginales) y que el 51,7% no dio su consentimiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (14) desaconseja explícitamente la presión manual en el fondo uterino, indicando que puede aumentar el dolor postparto.

De manera similar, la episiotomía, otra forma de violencia física recurrente, es una práctica que conlleva múltiples consecuencias negativas. Investigaciones como la de Živković et al. (2020) (15) en Croacia, reportaron tasas significativas de incontinencia urinaria (24-26%) tras episiotomías laterales. Asimismo, un estudio colombiano de Espitia-De La Hoz (2018) (16) encontró que el 59,37% de las mujeres episiotomizadas experimentaron dispareunia. La OMS (14) también se pronuncia en contra del uso ampliado o rutinario de la episiotomía en partos vaginales espontáneos. A pesar de esta vasta evidencia que desaconseja ambos procedimientos, nuestra investigación revela que los profesionales aún justifican su uso, percibiendo la maniobra de Kristeller y la episiotomía como "necesarias" para evitar complicaciones materno-fetales o para su propia seguridad profesional. Esta justificación resalta una brecha entre la evidencia científica y la práctica clínica arraigada, posiblemente influenciada por la formación tradicional y la presión institucional.

La violencia psicológica, manifestada a través de la omisión de información o la realización de procedimientos sin consentimiento informado, es otro pilar de la violencia obstétrica identificada. Como señala Díaz García et al. (2018) (17), la privación de información transforma a la mujer en una espectadora de su propio cuerpo, obligándola a aceptar decisiones ya tomadas. Esto contradice directamente derechos fundamentales del paciente, como los establecidos en leyes como la chilena (18), que garantizan el derecho a la información comprensible, al trato digno, al respeto de la privacidad y a la autonomía para aceptar o rechazar tratamientos. Sin embargo, algunos profesionales argumentan la falta de tiempo en la atención del parto como impedimento para obtener el consentimiento adecuado, lo cual sugiere una falla sistémica en la organización y dotación de personal.

La discriminación, evidenciada por la edad, cultura, creencias religiosas o paridad, es otra manifestación de la violencia obstétrica. El estudio de Gaffney Gleason et al. (2021) (19) en Colombia destaca cómo las mujeres indígenas sufrieron la desvalorización de sus saberes y prácticas ancestrales, y la falta de consideración de sus preferencias culturales en el entorno hospitalario.

En cuanto a la edad, Quattrocchi et al. (2020) (20) indican que la edad joven es un factor de riesgo para la atención no autorizada, mientras que Poo et al. (2020) (9) también reportan mayor abuso verbal y físico en mujeres más jóvenes o con menor nivel educativo. La paridad, por otro lado, mostró resultados mixtos; Quattrocchi et al. (2020) (20) sugieren que un mayor número de hijos podría ser un factor protector frente a la atención no autorizada, contrastando con Sosa Sánchez (2018) (21) quien describe cómo mujeres con alta paridad, o percibidas como "demasiado jóvenes o viejas" para tener hijos, son discriminadas, regañadas e incluso forzadas a métodos anticonceptivos sin consentimiento. Este panorama heterogéneo subraya la complejidad de la discriminación y la necesidad de un enfoque interseccional que considere múltiples factores de vulnerabilidad. Castro (2019) (22) además, señala que la violencia obstétrica puede acentuarse según la religión de la paciente, siendo más frecuente en centros de salud públicos.

La subestimación y negación del dolor de las pacientes, a menudo prolongando la espera sin analgesia, es una práctica persistente. A pesar de que la OMS (14) recomienda el uso de anestesia peridural para un alivio eficaz del dolor durante el trabajo de parto según las preferencias de la mujer, algunos sistemas de salud parecen utilizar la analgesia de manera discriminatoria, como lo describe Salinero Rates (2021) (23) para Chile, donde se asocia a la pobreza. Asimismo, Vallana Sala (2019) (24) resalta cómo se espera que las pacientes "soporten el dolor" y "colaboren", siendo tildadas de "difíciles" si no lo hacen, lo que refleja una cultura asistencial punitiva.

Diversos estudios han mostrado que estas diferencias en la percepción no son un hecho aislado. Reyes-Amargant et al. (2025) (25) identificaron que mientras muchas mujeres reportan experiencias de irrespeto, ausencia de consentimiento informado y trato deshumanizado, los obstetras tienden a rechazar el término "violencia obstétrica" por considerarlo ofensivo o inaplicable, en tanto las matronas reconocen la existencia de prácticas que afectan negativamente la vivencia del parto. Esta divergencia refuerza la necesidad de avanzar hacia modelos de atención centrados en la mujer, que prioricen la

comunicación efectiva y el respeto irrestricto de los derechos reproductivos.

Finalmente, esta revisión destaca la mala relación entre el personal sanitario y las usuarias, y una marcada falta de apoyo o contención emocional. Como señalan Abril Beltrán et al. (2020) (26), factores como sentirse escuchada, valorada y con autonomía en la toma de decisiones son fundamentales para la satisfacción de la mujer con la atención al parto. La implementación de cuidados humanizados no solo mejora la experiencia de la mujer, sino que también reduce prácticas rutinarias innecesarias y aumenta la seguridad y calidad de la atención. Es alarmante observar que, a pesar de la prevalencia de la violencia obstétrica, aún existe un desconocimiento considerable del término tanto entre usuarias como profesionales, como lo demostró López-Sosa et al. (2018) (21) y Poo et al. (2020) (9). Este desconocimiento puede llevar a la normalización de experiencias violentas, haciendo que las mujeres perciban un trato inadecuado como "parte normal" del proceso de parto, lo que dificulta su identificación y abordaje.

Esta revisión sistemática concluye que la violencia obstétrica es una realidad multifacética y extendida, que afecta a un número considerable de mujeres durante el trabajo de parto, parto y puerperio. Un hallazgo crucial es la marcada discrepancia en la percepción de la violencia obstétrica entre las mujeres y los profesionales de la salud. Acciones que las usuarias identifican claramente como violentas a menudo no son reconocidas como tales por el personal sanitario, lo que subraya una brecha significativa en la comprensión y sensibilización del problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lampert MP. Parto humanizado y violencia obstétrica en parámetros de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. Bcn.cl. [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repository/10221/32275/1/BCN_parto_humanizado_violencia_obstetrica_FINAL.pdf
2. Un nuevo estudio demuestra un maltrato significativo de las mujeres durante el parto – OMS [Internet]. Who.int. [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth>
3. Cárdenas Castro M, Salinero Rates S. Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2022;46:1. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55886/v46e242022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Pintado-Cucarella S, Penagos-Corzo JC, Casas-Arellano MA. Obstétrica V. Síndrome de desgaste profesional [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom153f.pdf>
5. López - Sosa CA, Morale MF. Vista de Nivel de conocimiento del personal de salud del servicio de patología obstétrica sobre violencia obstétrica en el hospital gineco-obstétrico "Isidro Ayora" de Quito [Internet]. Gob.ec. [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://rev-reflexiones.hee.gob.ec/ojs-3.1.2/index.php/reflexiones/article/view/9/6>
6. Rodríguez-Roque S, Rodríguez-Rico D, Rodríguez-Rico G, Jiménez-Malavé R. Violencia obstétrica: conducta del personal médico y percepción de las usuarias en las salas de parto: estudio multicéntrico, estado Anzoátegui. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2020 [citado el 30 de junio de 2024];80(4):280–91. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ogv/article/view/20464
7. Tufiño Macas JA, Sánchez Chavaría ST, Alban Araujo GM, Piedra Utreras KM, Alcocer Ortega IM, Urgiles Cadme SD. Vista de Percepción de la violencia obstétrica en profesionales de salud de la amazonia ecuatoriana, año 2022 [Internet]. Cienclatina.org. [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://cienclatina.org/index.php/cienclata/article/view/3402/5169>
8. Sens MM, Stamm AMN de F. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. Interface [Internet]. 2019 [citado el 30 de junio de 2024];23:e170915. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jQy8NkBxx5Zgw3wrpnPY9n/?lang=pt>
9. Poo AM, Gallardo MJ, Herrera-Contreras Y, Baeza B. Representación de la violencia obstétrica que construyen profesionales matronas de la ciudad de Temuco. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2021 [citado el 30 de junio de 2024];86(4):374–9. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262021000400374&script=sci_arttext
10. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet]. www.who.int. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
11. Carvalho IDS, De Brito RS. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. Enferm Glob [Internet]. 2017;16(3):71. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/1695-6141-eg-16-47-00071.pdf>
12. Bitencourt AC, Oliveira SL de, Rennó GM. Obstetric violence for professionals who assist in childbirth.

- Rev Bras Saúde Materno Infant [Internet]. 2022;22(4):943–51. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/WTdCwpYf5CrLpWL5y4wYfMp/?format=pdf&lang=en>
13. Becerra-Chauca N, Failoc-Rojas VE. Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. 2019 [citado el 30 de junio de 2024];45(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200004
 14. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2019 [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 15. Živković K, Orešković S, Cerovac A, Milošević M, Tikvica Luetić A, Prka M, et al. Effects of lateral episiotomy on the emergence of urinary incontinence during the first postpartum year in primiparas: prospective cohort study. Prz Menopauzalny [Internet]. 2021;20(4):163–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5114/pm.2021.110956>
 16. Espitia-De La Hoz FK. Vista de Dispareunia en mujeres después de parto vaginal. Prevalencia en dos clínicas de Armenia, Colombia, 2012-2017 [Internet]. Edu.co. [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/3887/2831>
 17. Díaz García LI, Fernández M. Y. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. Rev Derecho [Internet]. 2018 [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512018000200123
 18. Minsal.cl. [Internet]. 2020 [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/CARTA-DERECOS-Y-DEBERES_2020_04.pdf
 19. Gleason EG, Molina Berrío DP, López Ríos JM, Mejía Merino CM. “Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad”: experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. Salud Colect [Internet]. 2021 [citado el 30 de junio de 2024];17:3727. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2021.v17/e3727/>
 20. Quattrocchi P, Magnone N. Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias [Internet] 2020 [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://air.uniud.it/retrieve/e27ce0c7-6b68-055e-e053-6605fe0a7873/QUATTROCCHI%2C%20MAGNON E%202020.pdf>
 21. Sosa Sánchez IA. Estratificación de la reproducción y violencia obstétrica en servicios públicos de salud reproductiva. Alteridades [Internet]. 2018 [citado el 30 de junio de 2024];28(55):87–98. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-70172018000100087&script=sci_arttext
 22. Castro A. Witnessing Obstetric Violence during Fieldwork: Notes from Latin America. Health Hum Rights. 2019 [Internet] [citado el 30 de junio de 2024] 2019;21(1):103–11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6586976/pdf/hhr-21-01-103.pdf>
 23. Salinero Rates SM. “Fue un terremoto”: violencia obstétrica y relatos de mujeres en Chile. Debate Fem [Internet]. 2021 [citado el 30 de junio de 2024];62:142–68. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2594-066X2021000200142&script=sci_arttext
 24. Reyes-Amargant Z, Fuentes-Pumarola C, Roqueta-Vall-Iloera M, Garre-Olmo J, Ballester-Ferrando D, Rascón-Hernán C. Perspectivas de la violencia obstétrica desde madres, parteras y obstetras. Salud de la mujer de Front Global. 2025;6:1609632. doi: 10.3389/fgwh.2025.1609632
 25. Arroba AE, Benítez Pazmiño KE, Ocaña Guevara MA. Rol de enfermería en la atención del parto humanizado en mujeres gestantes [Internet]. Saludcyt.ar. [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/download/489/890?inline=1>

Contribuciones:

Conceptualización: Lizette Marcela Rogel Cárdenas, Andrea Velásquez Muñoz

Búsqueda y selección de artículos: Lizette Marcela Rogel Cárdenas

Evaluación de calidad metodológica: Lizette Marcela Rogel Cárdenas, Andrea Velásquez Muñoz

Análisis e interpretación de datos: Lizette Marcela Rogel Cárdenas, Andrea Velásquez Muñoz

Redacción del borrador: Lizette Marcela Rogel Cárdenas

Redacción y revisión final: Andrea Velásquez Muñoz, Lizette Marcela Rogel Cárdenas

Supervisión: Andrea Velásquez Muñoz