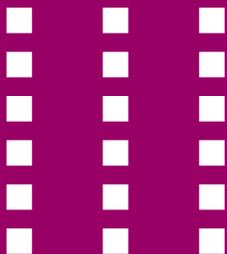


# **SALUD MATERNA EN VENEZUELA**

## **Informe Alternativo sobre Violencia Obstétrica 2023**

Previo al 85º Período de Sesiones  
(Comité CEDAW) Noveno Periodo







**AVESA**



# ÍNDICE

- 05** Glosario
- 06** Introducción
- 07** Organizaciones participantes
- 11** Contexto venezolano
- 13** Marco legislativo y políticas públicas
- 15** Políticas públicas dirigidas a la atención del parto y nacimiento
- 15** Salud materna y violencia obstétrica
- 25** Recomendaciones
- 27** Referencias

# GLOSARIO

<b>CRBV</b>	Constitución de la República Bolivariana de Venezuela
<b>DCPPPH</b>	Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y Nacimiento Humanizado
<b>LODMVLV</b>	Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
<b>MPPMIG</b>	Ministerio del Poder Popular para la Mujer e Igualdad de Género
<b>NOASSR</b>	Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva
<b>PNPH</b>	Plan Nacional de Parto Humanizado
<b>PACP-PAOE</b>	Protocolos de atención en cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de Salud
<b>VO</b>	Violencia Obstétrica
<b>VGO</b>	Violencia Ginecobstétrica

# INTRODUCCIÓN

1

El presente informe es presentado por las organizaciones PLAFAM, Mesa de Mujeres, Diversidad y Estudios de la Vida Cotidiana, Parir con Placer, integrantes del OVGOVE y AVESA; agrupaciones cuyo eje de acción son los derechos humanos de las mujeres, especialmente los referidos a los sexuales y reproductivos.

2

Se analizó la situación sobre salud materna y su vinculación con la violencia obstétrica (VO) en el país, con base en la información aportada por la República Bolivariana de Venezuela en su Noveno Informe Periódico (2021) y de las recomendaciones realizadas por el Comité de la CEDAW al Estado venezolano, específicamente en las referidas al tema de Salud. La información se recabó de manera independiente por esta coalición de organizaciones de la sociedad civil quienes proponen recomendaciones a la República Bolivariana de Venezuela para que sean consideradas previamente al 85° período de sesiones.

3

Es fundamental señalar que todas las observaciones apuntan hacia tratos y expresiones discriminatorias de las mujeres, tal como se expresa en los Artículos 1, 5 y 12 de la presente Convención. El resultado, menoscaba y/o anula la igualdad de derechos reconocida en la Constitución y en las leyes de la República Bolivariana de Venezuela; lo que imposibilita proveer una experiencia de atención en salud de calidad, diferenciada y digna que garantice servicios adecuados de atención prenatal, parto y postparto.

# ORGANIZACIONES PARTICIPANTES

1

Sobre las organizaciones que conforman la Coalición para la presentación de este informe:

a

## **Asociación Civil de Planificación Familiar, PLAFAM**

Institución sin fines de lucro que funciona en Caracas y en los Estados Miranda y Carabobo, con prestaciones de servicios en clínicas fijas y con el modelo de jornadas comunitarias en los estados Sucre, Anzoátegui, Falcón, Táchira, Monagas y Aragua. Durante más de 37 años ha desarrollado programas de SSRR. Ha sido pionera en programas de planificación familiar en Venezuela. Tiene como objetivo principal contribuir al ejercicio pleno de los Derechos Humanos en el área de salud sexual y salud reproductiva de adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres adultos/as, sin discriminación.

b

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

Red de formación e investigación afiliada al Departamento de Pedagogía Infantil y Diversidad de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo. Creada en 2019 por docentes e investigadoras con el propósito de ofrecer oportunidades de formación y acciones afirmativas para el empoderamiento de las mujeres. Miembro al Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, CLACSO y forma parte del Grupo de Trabajo Feminismos, resistencia y emancipación. Genera investigaciones sobre los procesos de desigualdad de las mujeres de latinoamérica.

**c**

### **Parir con Placer, PCP**

Organización especializada en el acompañamiento a la gestación, parto y nacimiento, lactancia y educación menstrual. Creada en 2019 por doulas y facilitadoras de nacimiento, desde sus inicios se ha preocupado por promover el parto respetado. Su objetivo principal impulsa la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos mediante procesos de acompañamiento, sensibilización y formación.

**d**

### **Observatorio de Violencia Ginecobstétrica de Venezuela, OVGOVE**

Alianza creada en 2022 entre diferentes organizaciones, todas integrantes de la Alianza Salud para Todas. Tiene como propósito visibilizar la violencia ginecobstétrica a través de la construcción de un discurso crítico de las relaciones de poder médico hacia las mujeres y sus familias e impulsar espacios de formación y participación ciudadana para conocer, afirmar y ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

**e**

### **Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa, AVESA**

Organización sin fines de lucro que se dedica a la educación, atención e investigación en materia de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. Desde su creación en 1984 desarrolla un trabajo sostenido en las áreas de educación sexual, violencia y salud sexuales y reproductiva. AVESA promueve, a través del diálogo y la reflexión crítica, el ejercicio responsable de la sexualidad, desarrollando actividades a nivel nacional y con efectiva participación en redes internacionales.

# CONTEXTO VENEZOLANO

5

Una realidad constatable en nuestro país es la imposibilidad del Estado de garantizar la provisión y la calidad de los servicios públicos. Desde mucho antes de la pandemia ya en Venezuela se registraban serias fallas en los servicios públicos como el de suministro agua, gas doméstico y electricidad. Así lo sostiene un estudio realizado durante 2020 y 2021<sup>1</sup>, en el cual esta problemática es reportada por más de un tercio de las encuestadas.

Ello impacta negativamente a toda la sociedad, al sistema de salud público y en especial a los grupos más vulnerables económicamente, entre éstos mujeres, adolescentes y niñas. Eso supuso que las mujeres debieron ajustarse a una nueva contingencia que aumentó la cantidad de trabajo a atender<sup>2</sup>, y que complejizó más aún la crisis de los cuidados ya presente en la región.

6

De acuerdo con las proyecciones realizadas para el 2021 por el Instituto Nacional de Estadísticas, el trabajo doméstico y de cuidados se constituyó un impedimento para el acceso al empleo remunerado para el 82,6% de las mujeres que conforman la población activa.

Los “oficios del hogar” evidencian una sobre representación de las mujeres con 2,8 millones contra apenas 359 mil hombres, lo que confirma que en nuestro país las mujeres son el sostén económico y afectivo de las grandes mayorías<sup>3</sup>.

**7**

En otro sentido, el panorama laboral denota un importante y mayoritario empleo de sus integrantes en el sector público, así como de personas jubiladas del mismo. Este es seguido por el desempleo, el trabajo informal y una muy escasa presencia de empleo en el sector privado. Quienes laboran en el sector público realizan simultáneamente diversos trabajos por su cuenta para complementar los ingresos y así sostener sus familias. La mayoría está relacionada con el libre ejercicio de sus profesiones, seguida de actividades como elaboración de alimentos, repostería, confección y reparación de prendas de vestir. Estos últimos, son trabajos tradicional y altamente feminizados.

**8**

En cuanto a la salud, de acuerdo con estudio realizado en el 2020 con base en información de 843 mujeres de cuatro ciudades del país<sup>4</sup>, se identificaron alarmantes indicadores sobre la salud general, mental, salud de las mamas y salud sexual y reproductiva de las mujeres. Este estudio indica que, 9 de cada 10 mujeres no ha podido planificar sus embarazos, 3 de cada 10 embarazadas pudieron asistir a su primer control prenatal sólo luego de la 12<sup>a</sup> semana de gestación y 8 de cada 10 mujeres no desea tener más hijos/as habiendo tenido o no. Estos datos reflejan la falta de garantía de los derechos sexuales y reproductivos en nuestro país, y a consecuencia de ello, las mujeres no tienen la capacidad de tomar decisiones sobre su reproducción. La maternidad está lejos de ser una decisión y un derecho.



9 de cada 10 mujeres no ha podido planificar sus embarazos

# MARCO LEGISLATIVO Y POLÍTICAS PÚBLICAS

9

Para este período destaca la Reforma de la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LODMVLV)<sup>5</sup>. Entre los fines de esta ley están la prevención, la atención, la sanción y la erradicación de la violencia contra las mujeres y la discriminación de género, así como la superación de toda discriminación mediante el establecimiento de garantías con enfoque de igualdad. La reforma fue realizada a finales del año 2021 e incluyó como obligatorios para los órganos y entes del Estado el enfoque de género, feminista, de derechos humanos, intercultural, integralidad, generacional y la interseccionalidad. Además, se incorporaron cuatro tipificaciones nuevas a las formas de violencias existentes: violencia política, multicausal, informática y ginecológica.

10

En el noveno informe el Estado Venezolano señaló que en el año 2018 la Asamblea Nacional Constituyente promulgó el Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y Nacimiento Humanizado (DCPPPH)<sup>6</sup>, cuyo objeto se centra en proteger y garantizar el derecho humano al parto humanizado, además de orientarse a disminuir la mortalidad materna. Sin embargo, no especifican los recursos y medios a través de los cuales el Sistema de Salud garantizará estos derechos considerando que la normativa en salud sexual y salud reproductiva, así como los protocolos existentes no están alineados con los artículos del decreto.

El informe del Estado no da cuenta de la grave situación en la cual se encuentra el Sistema de Salud, cuya precariedad contribuye a violentar los derechos fundamentales de las personas y propicia los actos constitutivos de violencia contra las mujeres desde todas las dimensiones tipificadas en la Ley y otras no reconocidas aún.

**11**

El Estado en su informe se refirió a la reforma de la LODMVLV, específicamente en el Capítulo VII, artículo 66 hace referencia a los actos constitutivos considerados como VO, ejecutados por el personal de salud, incorporando los derechos reconocidos en el DDCPPPH. Asimismo, el referido artículo señala que se impondrá una sanción pecuniaria, pero no de tipo penal, especificando que deberá remitirse una copia certificada de la sentencia condenatoria debidamente firme al respectivo colegio profesional.

**12**

La LODMVLV no contempló aspectos relacionados con la reparación e indemnización a las víctimas de VO dado que es causado por la dinámica de poder dentro del sistema de salud y puede tener un impacto físico y psicológico en la vida de las mujeres.

**13**

El Estado no brindó información relacionada con la existencia de un protocolo de actuación por parte de los colegios médicos y el Ministerio del Poder Popular para la Salud para sancionar al personal de salud que es denunciado e incurre en este tipo de delito, por lo que se desconocen la imposición de sanciones, lo que no garantiza la no repetición del hecho. En el noveno informe no se presentó información oficial sobre el número de denuncias por VO, o de cuántas sentencias condenatorias se han expedido.

# POLÍTICAS PÚBLICAS DIRIGIDAS A LA ATENCIÓN DEL PARTO Y NACIMIENTO

14

En junio de 2017 el Estado venezolano aprobó como política pública el Plan Nacional de Parto Humanizado<sup>7</sup> con la finalidad de promover el acompañamiento de las mujeres y sus familias durante su proceso de gestación, proximidad del parto, postparto, lactancia materna y crianza respetuosa. El Ministerio del Poder Popular para la Mujer e Igualdad de Género (MPPMIG), coordina el trabajo de sus promotoras, destinado al acompañamiento de las gestantes en las comunidades.

15

El Comité, en la lista de cuestiones y preguntas relativas al Noveno Informe Periódico presentado por el Estado, solicita información sobre la implementación del PNPH y su presupuesto. Estos datos no están reflejados en sus informes. El Estado señaló haber alcanzado 800 mil mujeres gestantes y en proceso de lactancia, sin embargo, no mencionó los mecanismos empleados para evaluar la experiencia de parto, nacimiento y lactancia de estas mujeres, así como tampoco los mecanismos aplicados para identificar la existencia de prácticas de VO que pudieran dar cuenta de la efectividad e impacto del PNPH.

16

El PNPH está concebido y operativizado desde el MPPMIG, por tanto, su personal carece de competencias directas para impactar en las acciones del personal de salud, aun cuando es precisamente en esos espacios en donde se presenta el fenómeno de la VO, por ello su acción es limitada.

Además, al obviar el origen de esta particular forma de violencia, este plan no contempla el brindar formación al personal de salud o seguimiento a los casos que se presentan, así como tampoco incorpora cambios en los protocolos y normativas de atención al parto y nacimiento basados en evidencia científica que pudieran eliminar tales prácticas.

**17**

Aun cuando la LODMVLV define y tipifica a la VO, ésta sigue siendo un fenómeno desapercibido y naturalizado dentro de las instituciones públicas o privadas de salud por parte del personal, tanto en la atención a las gestantes, como en la formación y práctica asistencial de las y los estudiantes de las carreras de ciencias de la salud, medicina y enfermería.

**18**

Cabe acotar que el Estado no suministró información sobre las medidas adoptadas para concienciar a las mujeres sobre sus derechos y los recursos legales que disponen. Es inexistente una política comunicacional a través de campañas de difusión de la LODMVLV y el DCPNPPH dirigida al personal de Sistema Nacional de Salud, al gremio médico o de enfermería y a las comunidades en general.

Por otra parte, en el Estado en su noveno informe señaló que desde el 2018 se viene implementando la “Estrategia Concertada para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal” y que dentro de ésta se desarrolla la “Ruta Materna”<sup>8</sup> que es una estrategia de gestión dirigida a mejorar la calidad de atención de las embarazadas desde la captación, cuidados prenatales, atención obstétrica y anticoncepción, con miras a reducir la morbilidad materna grave, la mortalidad materna y la mortalidad neonatal. El Estado destaca una serie de logros que no se corresponden con los datos recabados por las organizaciones que conforman esta coalición y que se presentan a continuación.

# SALUD MATERNA Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA

20

Hasta el presente, la República Bolivariana de Venezuela carece de datos oficiales que informen sobre la atención en salud prenatal, parto, nacimiento y postparto. Las informaciones reflejadas en el informe del Estado sobre este tema no forman parte de ningún documento público oficial y sólo pueden ser encontradas en ese documento, ejemplo de ello es que seguimos sin acceso al Boletín epidemiológico cuya última publicación es del 2016.

21

En ausencia de esta información, cobran valor los estudios independientes que ofrecen información al respecto. Uno de ellos fue realizado a finales del año 2022 por el Observatorio de *Violencia Ginecobstétrica de Venezuela* (OVGOVE)<sup>9</sup>.

Concentrado en los tres estados que conforman la región capital del país, tuvo la intención de ofrecer un panorama del estado de la atención ginecobstétrica. Otro estudio fue realizado por AVESA en ese mismo año, en las ciudades más pobladas de los estados Táchira, Sucre y Apure, dirigido a obtener indicadores de salud sexual, salud reproductiva, salud materna, métodos anticonceptivos, ruta materna y violencia sexual<sup>10</sup>.

Sobre la reproducción y difusión de la *Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva* (NOASSR), se reseña el aseguramiento de la capacitación al personal de salud y los *Protocolos de atención en cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia* (PACP-PAOE) publicados en 2014 con la intención de elevar la calidad de la atención prenatal y perinatal.

En los hallazgos del estudio del OVGOVE se evidenció que, si bien el 97% de las mujeres asistió a consulta de control prenatal, esto no garantiza que hayan recibido la información mínima referente a los riesgos de la cesárea o los signos a considerar para su salud durante el embarazo<sup>11</sup>. Al respecto, 4 de cada 10 mujeres de las entrevistadas no obtuvo información sobre los signos de riesgo en la gestación, aspectos relevantes sobre salud materna ni sobre la cesárea y sus riesgos.

Por su parte, el estudio de AVESA constató que el 76,6% de las embarazadas no recibe acompañamiento por parte de personas de sus comunidades en la Ruta Materna y solo el 13,5% reportó el acompañamiento de médicos y personal de salud.



4 de cada 10 mujeres no obtuvo información sobre los signos de riesgo en la gestación, salud materna ni sobre la cesárea y sus riesgos



3 de cada 10 embarazadas no recibe acompañamiento por parte de la Ruta Materna

**23**

Si bien se conoce la existencia del PNPH, el precitado informe del OVGO (2022) reportó que sólo 2 de cada 6 mujeres tuvo contacto con la figura de la promotora de parto humanizado o que fueron censadas por éstas en su comunidad. Así mismo, el 80% de las consultadas expresó que no participó en ninguna actividad de educación prenatal que le informada sobre el parto como proceso fisiológico y sobre sus derechos durante el parto para prevenir situaciones de VO<sup>12</sup>. Este dato se corresponde por lo encontrado por AVESA, en tanto que el 95,1% de las embarazadas consultadas no han recibido orientaciones sobre el embarazo y parto por líderes comunitarios ni por parte de personal de salud.



24

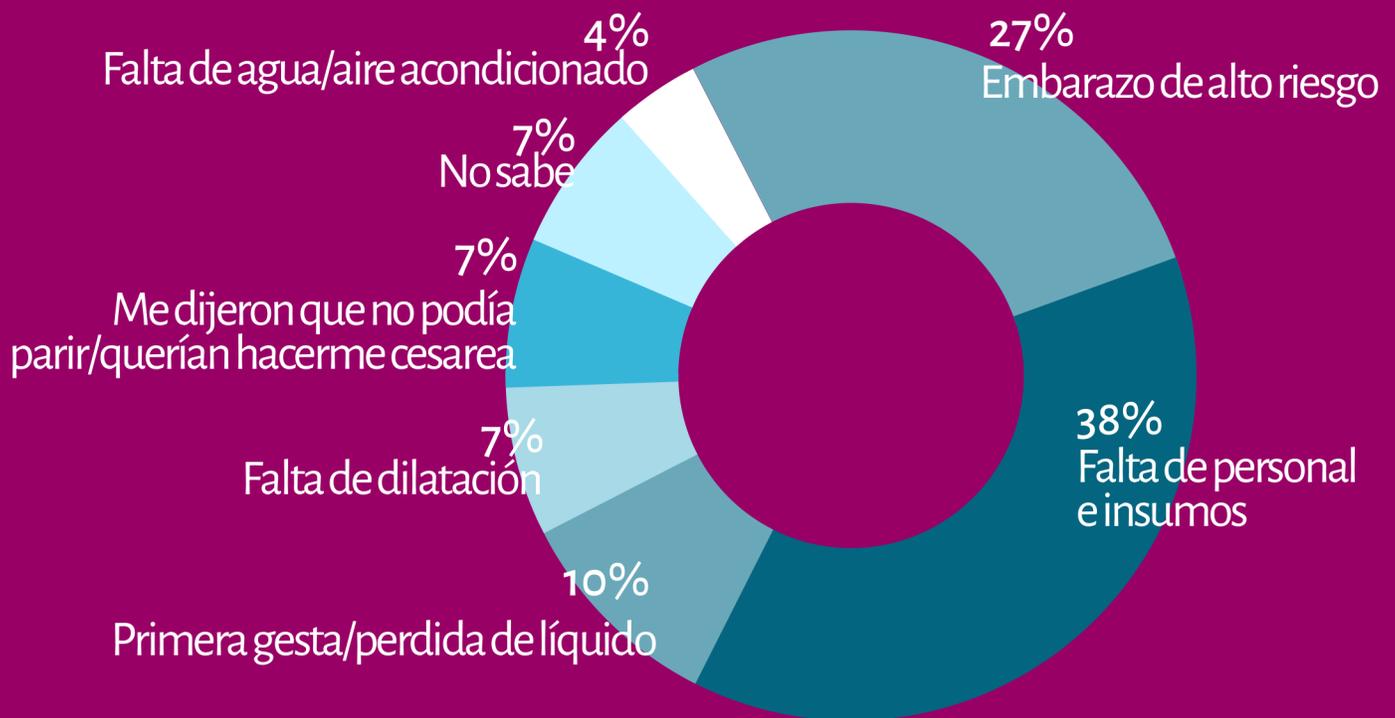
En cuanto a la implementación de la Ruta Materna, el estudio de AVESA destaca que el 70,7% de las embarazadas consultadas no ha recibido educación prenatal en el marco de la ruta materna, más de la mitad de las embarazadas (53,7%) no posee un plan de parto, el 87,2% de las embarazadas no tiene conocimiento del plan de la ruta materna y el 96,3% no recibe atención en el marco de la ruta materna.

25

De acuerdo con el informe noveno del Estado entre las principales causas de mortalidad materna del país figuran la prevalencia de los estados hipertensivos, las complicaciones hemorrágicas y cuadros de sepsis que afectan el embarazo, el parto o el puerperio. Si bien el reciente informe del OVGOVE no exploró directamente este aspecto, sí puede dar cuenta de **elementos de riesgo asociados y relevantes**, tales como lo son el abordaje del ingreso de las gestantes y las condiciones del centro de salud.

26

Se destaca en el estudio que la gran mayoría de las entrevistadas fueron usuarias de los SS públicos (69%); se las interpeló sobre si fueron ingresadas al primer centro al que acudieron, a lo que casi un tercio (27%) respondió negativamente. Ellas debieron irse del lugar sin recibir atención, el 64% de estas últimas (38 gestantes) fue referido a otros centros de salud, mientras que otras 21 (29%), no recibió referencia alguna. A esta práctica se le denomina coloquialmente “ruleteo” y suele realizarla desde el personal médico de guardia hasta el propio portero de los hospitales<sup>13</sup>.



### Razones de la remisión

**27**

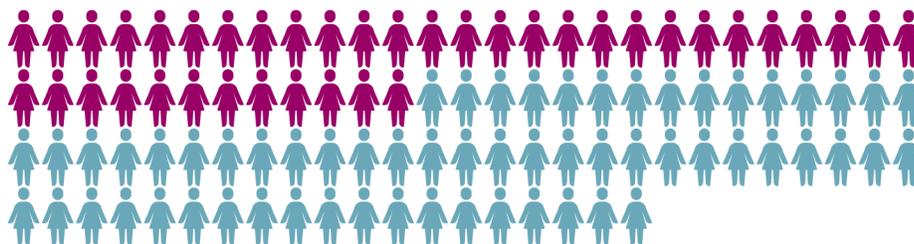
Quando exploramos las respuestas en búsqueda de las razones de la remisión, el 38% de las entrevistadas respondió que el principal motivo fue la ausencia de especialistas, falta de personal e insumos. La segunda razón, que sustenta el 27% las respuestas, señala situaciones relacionadas con las propias condiciones del embarazo y su pronóstico: embarazo de alto riesgo; seguidamente entre las razones para hacer la remisión destacan ser primera gesta y estar perdiendo líquido 10%; haberles dicho “que no podrían parir” o “querían hacerme una cesárea” sumó otro 7% y otra opción fue decirles a las mujeres que tenían “falta de dilatación”, 7%. Finalmente, la imposibilidad del centro de salud de contar con servicios públicos básicos como agua y precarias condiciones de la infraestructura evidenciadas en la falta de aire acondicionado en las áreas de quirófano obtuvo un 4%; no sabe/no contestó que ocupó el restante 7%.

Es oportuno recordar que el PACP-PAOE indica que la remisión o referencia debe hacerse por escrito y además debe garantizar la recepción y atención adecuada; sin embargo, dada la situación de crisis de los centros de salud, esto ocurre muy poco<sup>14</sup>.

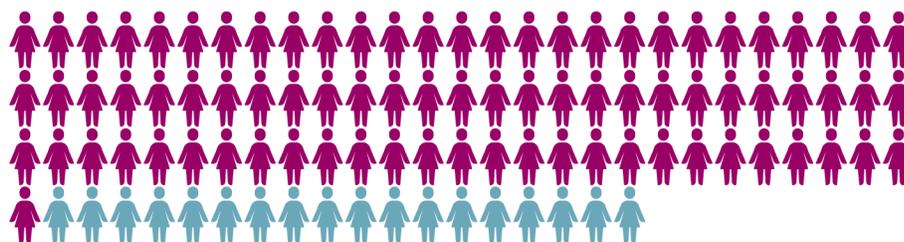
28

El OVGOVE aseveró que en los servicios públicos el total de cesáreas alcanzó un 39% -cifra que se encuentra muy por encima del 15% estimado por la OMS<sup>15</sup> -; mientras, en centros privados alcanzó un 80%, lo que resulta, cuando menos alarmante.

Estos resultados coinciden con los de AVESA en tanto, el 41,5% de las mujeres entrevistadas declaran que sus partos fueron por cesárea. Esta cantidad de cesáreas supera significativamente al valor recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es entre 10 y 15%<sup>16</sup>.



Centros Públicos: 39% cesáreas / 61% partos



Centros Privados: 82% cesáreas / 18% partos

29

Sobre el consentimiento informado, se reportó que a 7 de cada 10 mujeres no se les solicitó firmar ninguna autorización que indicara riesgos o consecuencias de los procedimientos que podrían realizarles, lo que afectó negativamente la toma de decisiones informadas.

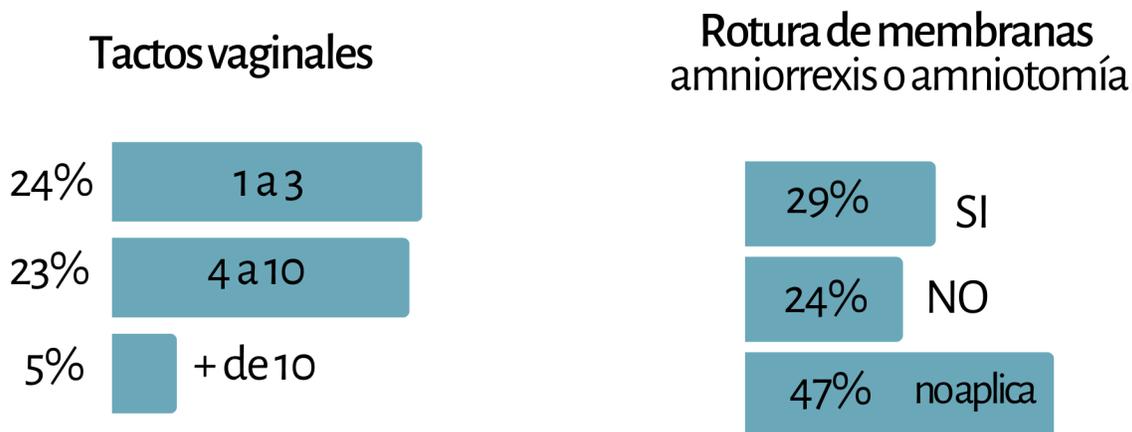
Lo planteado coincide con el *Informe de la relatora especial sobre la violencia contra la mujer* (2019)<sup>17</sup>, que destaca el valor de este instrumento como un derecho humano que ayuda a proteger contra la VO. En los PACP-PAOE del MPPS no existe un documento de consentimiento informado que permita ser empleado para tal fin<sup>18</sup>.



no se les solicitó firmar ninguna autorización de los procedimientos que podrían realizarles

30

El citado estudio arrojó además que se mantienen protocolos de atención rutinizados y estandarizados durante el ingreso a los centros de salud que vulneran los derechos de las mujeres mediante el intervencionismo y la medicalización<sup>19</sup>. Entre ellos destacó la colocación de vía intravenosa inmediatamente al llegar al hospital con el fin de administrar oxitócicos sintéticos. También se reportó la ruptura artificial de membranas para acelerar el parto y la realización de numerosos -y con frecuencia innecesarios- tactos vaginales. Dichos procedimientos se aplicaron de forma rutinaria y sin informar ni solicitar el consentimiento de las mujeres.



**31**

Si bien la intervención del trabajo de parto puede evitar su prolongación, su uso inapropiado puede ser nocivo. La conducción con oxitocina sintética puede provocar una hiperestimulación uterina, con efectos adversos tales como la asfixia fetal y la ruptura uterina, aumentando así el riesgo de una cascada de intervenciones durante el trabajo de parto y el parto propiamente. Asimismo, ese tipo de intervenciones no justificadas despojan a las mujeres de su autonomía y dignidad en esta situación y pueden tener un impacto negativo sobre su experiencia<sup>20</sup>.

**32**

El Informe precitado también dejó en evidencia que en la mayoría de los centros de salud públicos y privados se **prohíbe la movilidad de las gestantes** para adoptar posturas que alivien el dolor y que también limitan la ingesta de alimentos o de líquidos durante la fase inicial del trabajo de parto, lo que irrespeta lo establecido en las normas y protocolos antes citados y las recomendaciones para cuidados durante el parto de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

**33**

De acuerdo al estudio, en el sistema de salud venezolano persisten rutinas médicas que constituyen VO como lo son el corte del periné o episiotomía que se realizan sin el consentimiento informado de la mujer. Ello le ocurrió a 101 de las 318 cuyos partos se dieron en centros públicos o privados. En la mayoría de los casos la intervención se realizó sin anestesia y obviando las repercusiones físicas y psicológicas que acarreó para las mujeres, lo que se constituyó en un acto de violencia de género, un acto de tortura y un tratamiento inhumano y degradante, tal como lo expresó la relatora<sup>21</sup>.



corte del periné o episiotomía

**34**

Otra práctica considerada como rutina en los centros públicos es la revisión uterina sin anestesia (introducción de la mano o algún instrumento con gasas para limpiar luego del parto). Esta práctica es realizada mayormente por estudiantes de medicina o médicos y médicas graduadas (cursantes de la especialidad en Ginecobstetricia). De acuerdo al estudio precitado, se le practicó a 9 de cada 10 mujeres que tuvieron un parto, aunque el protocolo de atención y cuidados prenatales (2014) señala que no es recomendable para todos los casos, y en caso de ser necesaria, siempre debe realizarse bajo anestesia.

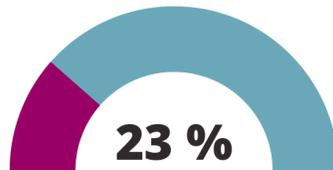
El procedimiento es descrito como opcional, innecesario e incluso perjudicial y sólo se justifica ante la retención de restos placentarios.

**95 %**  
revisión uterina manual

35

Preocupa también la realización de procedimientos durante el parto que han sido desaconsejados en la normativa nacional e internacional<sup>22</sup>.

Tal es el caso de la **maniobra de Kristeller** o presión del fondo uterino. Esta práctica ha sido prohibida en el protocolo de atención por los efectos sobre la salud de las mujeres por la inexistencia de evidencia científica que avale su utilización, a pesar de ello, el estudio reveló que le practicó al 23% de las mujeres entrevistadas que tuvieron parto.



Maniobra de Kristeller  
o presión del fondo uterino

36

El Comité solicitó al Estado información sobre las medidas adoptadas para proteger a las embarazadas durante el parto, al igual que reforzar los programas de creación de capacidades destinados al personal médico, con seguimiento periódico, información que no ha sido suministrada y los datos recogidos por organizaciones de la sociedad civil dan muestra de que la atención al parto y nacimiento no es acorde a las Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto (2018), orientaciones basadas en evidencia científica para que las y los trabajadores de la salud puedan mejorar la atención intraparto de forma integral mediante el uso de intervenciones efectivas.

# ANTE ESTOS HECHOS SOLICITAMOS QUE EL COMITÉ INSTE AL ESTADO VENEZOLANO A:

**a**

Adoptar las recomendaciones propuestas a los Estados en el informe de la Relatora Espacial de Violencia contra la Mujer (2019) referente a la VO, afrontando el problema de la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y en la atención del parto desde una perspectiva de derechos humanos, investigando las causas estructurales y sistémicas de estos hechos, en especial estereotipos sobre la maternidad, el cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres.

**b**

Actualizar la Normativa de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSRR) y los Protocolos de parto y nacimiento de acuerdo con las recomendaciones basadas en la evidencia científica de la OMS, con énfasis en el respeto a los derechos humanos de las mujeres, visibilizando las rutinas médicas que son prácticas de VO.

**c**

Establecer, en conjunto con OPS Venezuela, un programa de formación continua, seguimiento y evaluación para el personal del sistema de salud que contemple la realización de cursos de formación sobre atención respetuosa materna de un mínimo de 36 horas para estudiantes de la especialización y personal de salud en general, que permita revisar e identificar las prácticas de VO dentro de las rutinas y protocolos de atención, con miras a su erradicación.

**d**

Supervisar los centros de salud en los cuales se provee atención prenatal y al parto y nacimiento. Además de recopilar y publicar anualmente datos sobre el número de cesáreas, partos vaginales, episiotomías y otros procedimientos realizados en los servicios de salud, de manera tal que pueda hacer seguimiento y corrección a las estrategias implementadas para la erradicación de la VO.

**e**

Evaluar la implementación e impacto del Plan de Parto Humanizado identificando los actores involucrados en la problemática (facultades de Medicina y Ciencias de la Salud, personal de salud, promotoras de parto humanizado, instituciones responsables de velar por el cumplimiento y promover la política específica mujeres y familias). Así mismo, dar a conocer las acciones concretas que tiene este Plan para erradicar la VO.

**f**

Velar porque en los espacios académicos como facultades de Medicina y Ciencias de la Salud, y en las comisiones de postgrado en Ginecología y Obstetricia se realice la actualización del pensum de estudios incorporando el enfoque de género y de derechos sexuales y derechos reproductivos, al igual que las últimas recomendaciones de la OMS y OPS basadas en evidencia científica para la atención del parto y nacimiento.

**g**

Garantizar que la Estrategia Concertada para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal sea aplicada de manera efectiva a nivel nacional, con énfasis particular en los estados fronterizos y en las regiones con mayor presencia de comunidades indígenas.

# REFERENCIAS

- 1** Carosio, Alba; Flores, Mitzy, González Ximena y otras (2021) Mujeres viviendo la pandemia en Venezuela. En Pandemia, cuerpas y cuidados. Impactos del COVID-19 en la vida de las mujeres cis y disidencias: Argentina, Brasil, Venezuela y España. <https://www.clacso.org/boletin-1-poetica-erotica-de-la-relacion/>
- 2** Carosio, Alba; Rodríguez, Indhira y Elíaz, Tania (2020) Venezolanas en la pandemia. Pensar la Pandemia. Observatorio Social del Coronavirus. CLACSO. Recuperado de: <https://www.clacso.org/venezolanas-en-la-pandemia/>
- 3** Flores Sequera, Mitzy (2020) Desigualdades develadas por la pandemia: Economía del cuidado y malestar en profesoras de universidades venezolanas [www.revistasipgh.org/index.php/anam/article/view/846](http://www.revistasipgh.org/index.php/anam/article/view/846)
- 4** Alianza Salud Para Todas (2020) La salud de las mujeres en Venezuela. Caracas. Crisis del sistema sanitario y COVID19. La salud de las mujeres en Venezuela: crisis del sistema sanitario y COVID-19 – AVESA
- 5** Reforma a la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial de la RBV N° 6.667 Extraordinario del 16 de diciembre de 2021. <https://www.alc.com.ve/wp-content/uploads/2022/02/Ley-Organica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>
- 6** Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto Humanizado. Gaceta Oficial N° 41.376. 12 de abril de 2018. <https://www.ghm.com.ve/wp-content/uploads/2018/04/41376.pdf>

- 7** PPH es un programa social promovido desde 2017 por el Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género, el Instituto Nacional de la Mujer (Inamujer) y que debe articular con otros organismos, principalmente el Ministerio de Salud (Gaceta Oficial Número 40.988, septiembre 2016).
- 8** Ministerio del Poder Popular para la Salud y UNFPA Venezuela (2022) Manual Operativo para la implementación de la Estrategia de la Ruta Materna. Disponible en: UNFPA Venezuela | Manual Operativo para la Implementación de la Estrategia de la Ruta Materna
- 9** Villegas, América y otras (2022) Estado de la atención ginecobstétrica durante la gestación, parto, nacimiento y puerperio inmediato en el sistema de salud venezolano. Caso: Gran Caracas. <https://ovgove.org/2023/01/17/los-hallazgos/>
- 10** AVESA (2023) Indicadores de salud sexual y salud reproductiva en los municipios más poblados de los estados Apure, Sucre y Táchira. <https://avesa.blog/2023/04/10/indicadores-de-salud-sexual-y-salud-reproductiva-en-los-municipios-mas-poblados-de-apure-sucre-y-tachira/>
- 11** Ibidem páginas 25-26.
- 12** Ibidem página 27.
- 13** <http://ovgove.org/2023/03/31/las-cifras/>
- 14** Villegas, América y otras (2022) página 29.
- 15** OMS (2015) Declaración sobre tasas de cesárea. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>

- 16** OMS (2015) Declaración sobre tasas de cesárea. pág. 32
- 17** Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Asamblea General Naciones Unidas (2019) pág. 11/26. <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-violence-against-women>
- 18** Ministerio del Poder Popular para la Salud (2014) Cap. 2. página 15 y siguientes.
- 19** Villegas, América y otras (2022) página 27.
- 20** Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto (2015) pág. 13.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179906/1/9789243507361\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179906/1/9789243507361_spa.pdf)
- 21** Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva (2018) pág. 7.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
- 22** Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Asamblea General Naciones Unidas pág. 18.

# **SALUD MATERNA EN VENEZUELA**

**Informe Alternativo sobre  
Violencia Obstétrica 2023**

Previo al 85º Período de Sesiones  
(Comité CEDAW) Noveno Periodo

 @observatoriovgo.ve

 [www.ovgove.org](http://www.ovgove.org)

 [violenciaginecobstetricave@gmail.com](mailto:violenciaginecobstetricave@gmail.com)

Informe elaborado en la  
República Bolivariana de Venezuela  
Mayo de 2023