Volumen **100** **e202611088** Recepción: **19/8/2025** Aceptación: **16/7/2026** Publicación: **4/11/2026**
ORIGINAL 20 páginas **doi: 10.67113/resp.v100i1.1448** **VERSIÓN EN LÍNEA**

Violencia obstétrica en la Unión Europea y Reino Unido: magnitud reportada, tipos y factores asociados. Revisión integrativa de métodos mixtos

Obstetric violence in the European Union and the United Kingdom: reported magnitude, types and associated factors. An integrative mixed-methods review

AUTORAS

(1) Victoria García Garro
(1) Laura Ibáñez Lax
(2) Desirée Mena-Tudela [ORCID: 0000-0003-1596-3064]
(3) Carme Perelló Íniguez [ORCID: 0000-0002-9904-8439]
(4,5) Ainoa Biurrun-Garrido [ORCID: 0000-0003-1955-1526]

FILIACIONES

(1) Matrona. Hospital del Mar. BARCELONA. ESPAÑA.
(2) Unitat Predepartamental d'Infermeria. Facultat de Ciències de la Salut. Institut Feminista. Universitat Jaume I. CASTELLÓ DE LA PLANA. ESPAÑA.
(3) Doctoranda. Programa en Ciudadanía y Derechos Humanos. Universitat de Barcelona. BARCELONA. ESPAÑA.
(4) Departament d'Infemeria de Salut Pública, Salut Mental i Maternoinfantil. Facultat d'Infermeria. Universitat de Barcelona. BARCELONA. ESPAÑA.
(5) *Research Group DAFNis.* BARCELONA. ESPAÑA.

FINANCIACIÓN

Este estudio no recibió financiación específica por parte de agencias públicas, sector privado o entidades sin ánimo de lucro.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

CONCEPTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO, REVISIÓN DE LA LITERATURA, DISEÑO METODOLÓGICO, RECOGIDA Y ANÁLISIS PRELIMINAR DE LOS DATOS, REDACCIÓN INICIAL DEL MANUSCRITO: V García Garro.

DEPURACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS, INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS, REVISIÓN CRÍTICA DEL CONTENIDO: L Ibañez Lax.

DISCUSIÓN TEÓRICA, ANÁLISIS DE COHERENCIA INTERNA DEL MANUSCRITO, REVISIÓN FINAL DEL TEXTO: D Mena-Tudela.

SUPERVISIÓN DEL DESARROLLO DEL ESTUDIO, COORDINACIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR, REVISIÓN METODOLÓGICA, ÉTICA Y FORMAL DEL MANUSCRITO: C Perelló Íñiguez.

SUPERVISIÓN ACADÉMICA GENERAL DEL TRABAJO, VALIDACIÓN DE LOS RESULTADOS, REVISIÓN CRÍTICA CON APORTACIONES SUSTANTIVAS A LAS VERSIONES FINALES DEL TEXTO: A Biurrun-Garrido.

Todas las autoras leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito, y se hacen responsables de su contenido.

CORRESPONDENCIA

Carme Perelló Íñiguez **cperelin7@alumnes.ub.edu**
Avda. España, 6-F, 10, 4ª. CP 08290. Cerdanyola del Vallés (Barcelona). España.

CITA SUGERIDA

García Garro V, Ibáñez Lax L, Mena-Tudela D, Perelló Íniguez C, Biurrun-Garrido A. Violencia obstétrica en la Unión Europea y Reino Unido: magnitud reportada, tipos y factores asociados. Revisión integrativa de métodos mixtos. Rev Esp Salud Pública. 2026; 100: 4 de noviembre e202611088.

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses

RESUMEN

FUNDAMENTOS // La violencia obstétrica carece de una definición consensuada en la Unión Europea y Reino Unido, y no está reconocida en la legislación de sus Estados miembros. La evidencia científica es heterogénea tanto en su conceptualización como en su medición, especialmente desde la perspectiva de las mujeres que la han experimentado. El objetivo de este trabajo fue conocer la prevalencia, los tipos y los factores asociados reportados sobre violencia obstétrica en países de la Unión Europea y Reino Unido, integrando la experiencia de las mujeres y la evidencia cuantitativa descriptiva disponible.

MÉTODOS // Se realizó una revisión integrativa de métodos mixtos entre octubre y diciembre de 2024, con síntesis narrativa de la evidencia disponible (cuantitativa y cualitativa) sobre violencia obstétrica en países de la Unión Europea y Reino Unido. Se consultaron las bases de datos *PubMed, ScienceDirect* y *Enfispo*. Se seleccionaron estudios publicados entre 2019 y 2024 en inglés o español, sobre mujeres atendidas durante el embarazo, parto y postparto en países de la Unión Europea y Reino Unido. Se incluyeron estudios que analizaran prevalencia reportada, los tipos y los factores asociados a la violencia obstétrica.

RESULTADOS // Los resultados cuantitativos se sintetizaron de forma descriptiva mediante síntesis narrativa, sin realizar metanálisis. Los rangos de prevalencia en estudios cuantitativos oscilaron entre el 20% y el 38,3%, y durante el parto entre el 7,3% y el 81%, según los estudios incluidos. Los tipos más frecuentemente reportados fueron el abandono de la atención, la falta de consentimiento y la discriminación. Entre los factores asociados se identificaron la edad materna extrema, el bajo nivel educativo, determinadas características del parto y la atención en hospitales privados.

CONCLUSIONES // La violencia obstétrica muestra una presencia consistentemente reportada en los tres niveles del proceso obstétrico y presenta una prevalencia heterogénea. El cuidado no consentido, la discriminación y el abandono de la atención fueron los tipos más frecuentemente reportados. Factores sociodemográficos y del sistema sanitario se asocian con su aparición, lo que sugiere, según la evidencia analizada, la posible influencia de elementos estructurales en su desarrollo.

PALABRAS CLAVE // Violencia obstétrica; Enfermería obstétrica; Violencia contra la mujer; Derechos de la mujer; Salud materna.

ABSTRACT

BACKGROUND // Obstetric violence lacks a consensual definition within the European Union and is not formally recognised in the legislation of its Member States. The available scientific evidence is heterogeneous in both its conceptualisation and measurement, particularly from the perspective of women who have experienced it. The aim of this study was to examine the prevalence, types, and associated factors of obstetric violence in the European Union and the United Kingdom, integrating women's experiences and the available quantitative evidence.

METHODS // An integrative mixed-methods review was conducted between October and December 2024, enabling a narrative synthesis of the available evidence (quantitative and qualitative) on obstetric violence in countries of the European Union and the United Kingdom. The databases *PubMed, ScienceDirect,* and *Enfispo* were searched. Studies published between 2019 and 2024 in English or Spanish were included, focusing on women receiving care during pregnancy, childbirth, and the postpartum period in countries of the European Union and the United Kingdom. Studies reporting outcomes related to the prevalence, types, and associated factors of obstetric violence were selected.

RESULTS // Quantitative findings were synthesised descriptively through narrative synthesis, without meta-analysis. The ranges of prevalence reported in the literature ranged from 20% to 38.3%, and from 7.3% to 81% during childbirth, according to the included studies. The most frequently reported types were neglect of care, lack of consent, and discrimination. Associated factors identified included extreme maternal age, low educational level, specific childbirth characteristics, and care provided in private hospitals.

CONCLUSIONS // Obstetric violence shows a consistent presence across all stages of the obstetric process, with heterogeneous prevalence estimates. Non-consented care, discrimination, and neglect of care were the most frequently reported types. Sociodemographic and healthcare system-related factors appear to be associated with its occurrence.

KEYWORDS // Obstetric violence; Obstetric nursing; Violence against women; Women's rights; Respectful maternity care; Maternal health.

RESP

INTRODUCCIÓN

La Obstetricia y la Ginecología constituyen las especialidades médicas orientadas a la salud reproductiva de la mujer **(1)**. Mientras la Obstetricia se centra en la gestación, el parto y el puerperio **(2)**, la Ginecología aborda los trastornos del aparato reproductor femenino. Históricamente, la atención al parto ha evolucionado desde una práctica empírica desarrollada en contextos preindustriales, donde era asistido fundamentalmente por mujeres, hacia un modelo profesionalizado, tecnificado y hospitalario **(3-4)**. Aunque la instrumentalización del parto se inicia en el siglo XVII, la consolidación de la Obstetricia como especialidad médica no se produce hasta bien entrado el siglo XVIII y se intensifica durante los siglos XIX y XX. Este proceso de medicalización contribuyó a reducir la morbi-mortalidad materna, pero desplazó a las mujeres de todos los planos del proceso reproductivo **(5-6)**.

En este contexto de creciente medicalización y tecnificación de la atención obstétrica, diversas investigaciones han señalado la existencia de prácticas que pueden vulnerar los derechos de las mujeres. Estas prácticas incluyen intervenciones no consentidas y abuso de la medicalización **(7)**. En este marco, a comienzos del siglo XXI, y especialmente en América Latina **(8)**, emerge el concepto de violencia obstétrica (VO), impulsado por el activismo feminista y posteriormente incorporado a marcos normativos como la legislación venezolana de 2007 **(9)**. Debido a la ausencia de una definición consensuada en Europa sobre VO, esta revisión adopta una definición operativa como cualquier práctica durante la atención obstétrica que comprometa la autonomía, dignidad o derechos de las mujeres **(12-14)**. Este enfoque se alinea con el concepto de *mistreatment during childbirth* **(15)**, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que engloba el trato irrespetuoso, abusivo, negligente o no consentido durante la atención al parto.

Pese a la creciente visibilización social y académica, la investigación sobre VO en la Unión Europea sigue siendo limitada, especialmente desde la perspectiva de las mujeres, y persiste la resistencia institucional a reconocerla como violencia machista de carácter estructural **(16)**. Esta brecha de conocimiento justifica la necesidad de explorar la experiencia materna y de aportar evidencia que contribuya a mejorar la atención obstétrica y a garantizar los derechos reproductivos. Hasta donde se conoce, no existen revisiones sistemáticas centradas exclusivamente en el contexto europeo que integren evidencia cuantitativa y cualitativa desde la experiencia de las mujeres. El presente trabajo sintetizó la evidencia disponible

AGRADECIMIENTOS

Este artículo forma parte del proyecto de investigación VULVIDE. Ref. PID2022-140179OB-I00.

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita). https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

sobre VO en países de la Unión Europea y el Reino Unido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio. Se llevó a cabo una revisión integrativa de métodos mixtos, que permite la inclusión y síntesis conjunta de estudios cuantitativos, cualitativos y de diseño mixto. Este diseño permite integrar evidencia cuantitativa y cualitativa en un fenómeno complejo como la VO. El protocolo de esta revisión no fue registrado en PROSPERO al tratarse de una revisión integrativa con enfoque exploratorio en un área emergente. No obstante, la revisión se desarrolló siguiendo las recomendaciones de la declaración *PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)* **(16)** y se basó en una síntesis narrativa convergente de los hallazgos. Al tratarse de una revisión basada exclusivamente en estudios previamente publicados, no fue necesaria la aprobación por un comité de ética.

Objetivo de la revisión. La meta fue analizar la VO en mujeres atendidas en la Unión Europea y Reino Unido durante el embarazo, el parto y el postparto, integrando evidencia cuantitativa descriptiva (prevalencia y factores asociados) y cualitativa (experiencia de las mujeres) disponible, con el fin de describir los tipos de VO, los factores asociados identificados y la experiencia materna reportada.

Estrategia de búsqueda y fuentes de información. Se realizó una búsqueda bibliográfica entre octubre y diciembre de 2024 en las bases de datos *PubMed, ScienceDirect* y *Enfispo*, priorizándose bases de datos biomédicas, debido a su amplia cobertura de literatura biomédica y de Ciencias de la Salud (ámbito principal de la atención obstétrica), y tratando de garantizar la homogeneidad de los estudios incluidos. Se utilizaron descriptores *MeSH* como *emotional abuse, physical abuse, pregnancy, parturition* y *postpartum period*, así como términos en lenguaje libre como *obstetric violence, mistreatment* y *disrespect*. Dado que *obstetric violence* y *respectful maternity care* no están indexados como términos *MeSH/DeCS*, se utilizaron términos equivalentes y lenguaje libre para ampliar la sensibilidad de la búsqueda.

Estrategia de búsqueda combinada. Se empleo la siguiente estrategia:

("obstetric violence" OR "mistreatment" OR "disrespect" OR "emotional abuse" OR "physical abuse") AND ("pregnancy" OR "parturition" OR "postpartum period")

Se aplicaron filtros de idioma (inglés o español) y fecha de publicación (2019-2024). La limitación temporal se estableció para garantizar la inclusión de evidencia reciente y metodológicamente actualizada, considerando la evolución en la conceptualización y el abordaje de la VO en los últimos años, así como los cambios en las prácticas asistenciales y en la producción científica sobre este fenómeno. La estrategia se mantuvo constante entre las bases y fue reproducible.

Criterios de elegibilidad.

Criterios de inclusión: se incluyeron estudios originales de tipo observacional (cuantitativos, cualitativos o mixtos), publicados entre 2019 y 2024, en inglés o español, que abordaran la experiencia de mujeres atendidas ▶

durante el embarazo, el parto o el postparto en centros sanitarios de países de la Unión Europea y Reino Unido.

La inclusión de estudios cuantitativos se justificó porque la revisión no se limitó a una síntesis cualitativa, sino que integró la evidencia disponible sobre VO. En este sentido, los estudios cuantitativos aportan información sobre prevalencia y distribución de tipos de violencia, mientras que los cualitativos profundizan en la experiencia y percepción de las mujeres. Por ello, se realizó una síntesis narrativa integrando ambos enfoques, sin inferir causalidad a partir de los resultados cuantitativos.

Criterios de exclusión: se excluyeron estudios enfocados en la percepción de profesionales sanitarios o de las parejas, revisiones, editoriales, opiniones, protocolos o artículos sin resumen disponible.

Aunque el Reino Unido dejó de formar parte de la Unión Europea en 2020, se incluyó debido a su relevancia en la producción científica sobre atención obstétrica y la similitud de sus modelos asistenciales con los sistemas europeos.

Proceso de selección de estudios. Se identificaron un total de 778 artículos a través de tres bases de datos electrónicas. Tras eliminar los duplicados y aplicar los criterios de elegibilidad, se cribaron 480 publicaciones por título y resumen. Posteriormente, 23 estudios cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para su revisión a texto completo, de los cuales se excluyeron 4 (17,4%) por no cumplir con los objetivos metodológicos. Finalmente, se incluyeron 19 artículos en la revisión integrativa de métodos mixtos **[Figura 1]**.

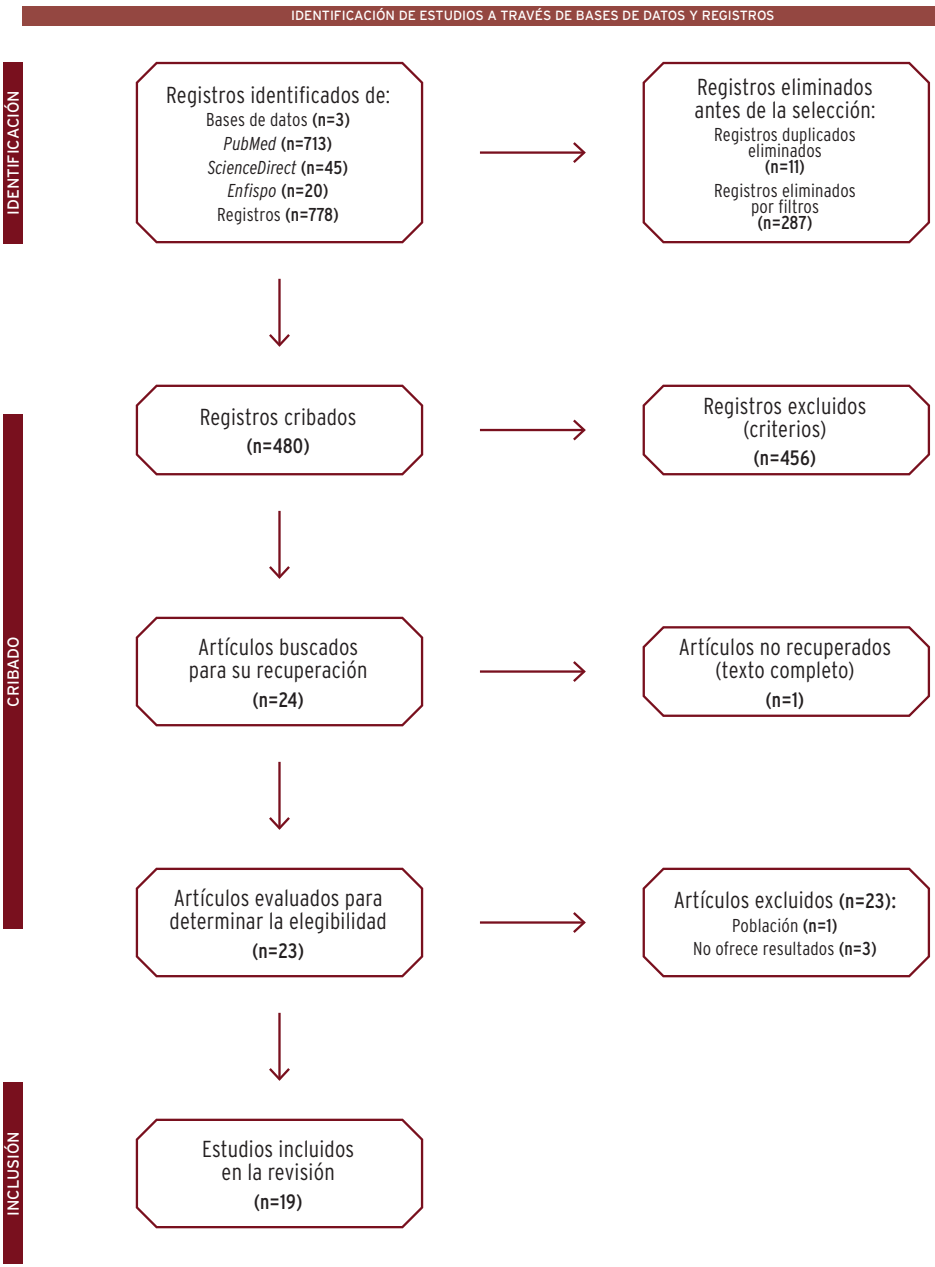
El proceso de selección se realizó siguiendo las recomendaciones de *PRISMA 2020* (Page *et al.*, 2020), adaptadas a revisiones integrativas de métodos mixtos.

Selección de estudios y extracción de datos. Dos revisores realizaron de forma independiente el proceso de selección, primero por título y resumen, y luego por lectura completa, aplicando los criterios de inclusión. Las discrepancias se resolvieron por consenso. Posteriormente, se extrajeron los datos mediante una tabla predefinida, en la que se registraron las siguientes variables: autores; año de publicación; país; tipo de estudio; enfoque metodológico; tamaño muestral; edad y paridad de las participantes; tipo de parto; prevalencia de VO; tipos de violencia descritos y factores asociados descritos. Asimismo, se reconoció la heterogeneidad conceptual y metodológica entre los estudios incluidos, especialmente en la definición y medición de la VO, lo que limitó la comparabilidad de los resultados.

Evaluación de la calidad metodológica. Se evaluó la calidad de los estudios incluidos mediante las herramientas del *Joanna Briggs Institute* (JBI): *checklist* para estudios transversales **(17)**, cualitativos y de cohortes **(18)**. Se consideró que un estudio tenía calidad metodológica óptima si alcanzaba al menos el 75% de los ítems establecidos en la herramienta correspondiente.

Los estudios alcanzaron entre el 75% y el 100% de los criterios establecidos por las herramientas JBI correspondientes. Los estudios cuantitativos

Figura 1
Diagrama de flujo *PRISMA*.



presentaron tanto la puntuación más baja como la más alta. Los resultados detallados del análisis de calidad metodológica se encuentran en los **Anexos I, II y III**. Todos los estudios que cumplieron los criterios de elegibilidad fueron incluidos en la revisión. La evaluación mediante la herramienta JBI se utilizó únicamente con fines descriptivos del riesgo de sesgo, y no como criterio de exclusión.

Estrategia de análisis. La integración de los datos se realizó mediante un enfoque convergente de síntesis narrativa. Para la organización e interpretación de los hallazgos se empleó como marco operativo la clasificación propuesta por Bowser y Hill (2010), ampliamente utilizada en la investigación sobre violencia obstétrica, que identifica distintas formas de maltrato en la atención al parto. Con el fin de adaptarla al objetivo de esta revisión, centrado en todo el proceso obstétrico, dicha clasificación se amplió para incluir las manifestaciones de la violencia obstétrica durante el embarazo, el parto y el postparto.

Los resultados cuantitativos se utilizaron de forma descriptiva para reportar las estimaciones de prevalencia de violencia obstétrica y los factores asociados descritos en los estudios incluidos, sin realizar metanálisis, inferencias causales ni estimaciones poblacionales comparables, debido a la heterogeneidad conceptual y metodológica de los estudios.

Los datos cualitativos se analizaron mediante un enfoque temático deductivo basado en las categorías de Bowser y Hill (2010), utilizadas como ejes analíticos para identificar patrones recurrentes en las experiencias de las mujeres. La identificación de temas y patrones se realizó mediante un proceso de codificación y agrupación temática basado en la recurrencia y relevancia conceptual, llevado a cabo por dos revisores de forma independiente, resolviendo las discrepancias por consenso.

Las variables extraídas incluyeron:

a) Las estimaciones reportadas de violencia obstétrica durante el embarazo, parto y postparto.

b) Los tipos de violencia obstétrica descritos, clasificados en abuso físico, cuidado no consentido, falta de confidencialidad, trato no digno, discriminación, abandono de la atención y detención en centros sanitarios.

c) Los factores asociados reportados, incluyendo variables sociodemográficas y clínicas, como edad, nivel educativo, etnia, clase social, tipo de parto y tipo de centro sanitario.

RESULTADOS

Se incluyeron diecinueve estudios publicados entre 2019 y 2024, con un incremento de producción científica en 2022 (n=5). La evidencia analizada comprendió una muestra total de 105.685 mujeres. España fue el país más representado (n=6), seguido de los Países Bajos (n=4), con contribuciones adicionales de Francia, Italia y Suecia (n=2 cada uno) y Alemania, Polonia, Reino Unido y República Checa (n=1 cada uno).

En cuanto al diseño metodológico, predominaron los estudios cuantitativos (n=12), seguidos de los cualitativos (n=4) y los estudios de métodos mixtos

(n=3). Las características detalladas de los estudios incluidos (diseño, muestra, contexto obstétrico, objetivos y calidad metodológica) se presentan en la **Tabla 1**.

Características generales de los estudios incluidos. En conjunto, los estudios incluidos reflejaron no solo una alta variabilidad en la magnitud reportada del fenómeno, sino también diferentes formas de conceptualizar y experimentar la violencia obstétrica, lo que contribuye a una comprensión heterogénea tanto en términos cuantitativos como cualitativos.

La evidencia revisada mostró heterogeneidad en los diseños, poblaciones y herramientas de evaluación empleadas, reflejando la ausencia de estandarización conceptual en el estudio de la violencia obstétrica (VO). En varios estudios no se reportaron variables como edad materna o paridad, lo que limitó parcialmente la comparabilidad entre resultados.

La síntesis de la evidencia se realizó mediante una aproximación narrativa debido a esta heterogeneidad metodológica y conceptual. El detalle sobre los constructos evaluados, los instrumentos utilizados y las dimensiones analizadas en cada estudio se presenta en el **Anexo IV**, con el objetivo de facilitar la interpretación comparada de los hallazgos. Desde una perspectiva cualitativa, esta heterogeneidad se tradujo en una diversidad de experiencias maternas que no siempre eran captadas por los instrumentos cuantitativos, evidenciando la complejidad del fenómeno más allá de su medición.

Rangos de prevalencia descritos en la literatura sobre VO durante la gestación, el parto y el postparto. De los diecinueve estudios, doce (63,2%) aportaron datos sobre la prevalencia de VO. Ocho se centraron en el parto **(20-27)**, uno en el postparto **(28)** y tres ofrecieron datos globales sin especificar la etapa obstétrica **(29-31)**. Las frecuencias descritas se basaron en la presencia o ausencia de cada categoría de VO en los estudios incluidos y no representaron una cuantificación primaria ni una estimación poblacional. Las cifras reportadas procedieron exclusivamente de estudios cuantitativos y deben interpretarse con cautela debido a la heterogeneidad de los estudios.

Los rangos de prevalencia oscilaron entre el 7,3%19 y el 81% **(21)**, según el estudio y contexto analizado. En el estudio de Leavy *et al.* (2023), la prevalencia aumentó del 8,1% a los dos días postparto al 10,6% a los tres meses. En el postparto, Mena-Tudela *et al.* (2022) identificaron que el 26% de las mujeres experimentaron VO relacionada con el apoyo a la lactancia. Asimismo, Mena-Tudela *et al.* (2020a, 2021) reportaron una prevalencia del 38,3% durante el proceso obstétrico, mientras que Thomson *et al.* (2022) describieron cifras entre el 20% y el 30%. Más allá de estas diferencias en las cifras, los estudios cualitativos sugirieron que la percepción de haber experimentado violencia obstétrica estaba estrechamente vinculada a la vivencia subjetiva de desatención, falta de información o pérdida de control durante el proceso asistencial.

Tipos de VO identificados durante el embarazo, el parto y el postparto. De los diecinueve estudios incluidos, dieciocho (94,7%) informaron sobre la VO durante el parto, diez (52,3%) en el postparto y seis (31,6%) en el embarazo. En cuanto a los tipos de VO, el ▶

Tabla 1
Resumen de los estudios incluidos en la revisión sistemática sobre Violencia Obstétrica (VO).

Autor, año, país	Objetivo	Tipo de estudio	Muestra de estudio	Resultados	Calidad metodológica
Annborn y Finnbogadótti, 2021, Suecia.	Investigar significado del concepto de VO en Suecia a partir de narraciones de mujeres con malas experiencias.	Estudio cualitativo inductivo.	12 mujeres.	Falta información parto/postparto, falta consentimiento, insuficiente alivio dolor, violencia verbal y física, falta apoyo postparto.	8/10 (80%)
Arthuis *et al.*, 2022, Francia.	Evaluar percepciones positivas y negativas de mujeres que parieron en Pays de la Loire.	Estudio de cohortes prospectivo.	2.135 mujeres.	7,3% reportaron mala experiencia: episiotomía sin consentimiento, falta de información y respeto a privacidad. Falta de información y consentimiento asociadas con peor experiencia; presencia pareja mejoró experiencia.	9/11 (82%)
Baranowska *et al.*, 2019, Polonia.	Analizar atención perinatal percibida, abusos y trato irrespetuoso en hospitales.	Estudio transversal cuantitativo.	8.378 mujeres.	81% experimentaron VO: verbal, física, sin consentimiento, discriminación. Factores: tipo parto, sin educación maternal, sin acompañante, edad extrema, bajo nivel educativo.	6/8 (75%)
Colaceci *et al.*, 2022, España e Italia.	Describir experiencias de progenitores durante la pandemia de la COVID-19.	Estudio transversal cualitativo.	162 participantes.	Falta de comunicación sanitaria, escaso apoyo postparto, no ofrecieron contacto piel con piel.	8/10 (80%)
Daly *et al.*, 2024, República Checa.	Explorar opiniones sobre atención respetuosa o irrespetuosa en embarazo y parto.	Estudio transversal mixto.	8.767 mujeres.	Falta consentimiento en maniobras, escasa información, falta privacidad, acompañamiento limitado, falta cuidados matrona.	14/18 (77,8%)
Larsson *et al.*, 2023, Suecia.	Explorar prevalencia y factores asociados a experiencias negativas en mujeres con miedo al parto.	Estudio transversal mixto.	335 mujeres.	Comunicación deficiente, falta de compasión, analgesia inadecuada, decisiones no respetadas.	14/18 (77,8%)
Leavy *et al.*, 2023, Francia.	Relación entre faltas de respeto en parto y salud mental postparto.	Estudio de cohortes multicéntrico.	123 mujeres.	8,1% VO a los dos días, 10,6% a los tres meses. Aumenta con actitudes inapropiadas y falta de consideración del dolor.	9/11 (82%)
Leijerzapf *et al.*, 2024, Países Bajos.	Frecuencia y características de abuso y faltas de respeto según paridad.	Estudio transversal cuantitativo.	11.520 mujeres.	45,1% primíparas y 27% multíparas reportaron VO. Asociado a parto hospitalario, intervenciones, analgesia.	-
Limmer *et al.*, 2023, Alemania.	Desarrollar y validar encuesta sobre abuso y falta de respeto.	Estudio transversal cuantitativo.	2.045 mujeres.	77,6% reportaron maltrato; violencia verbal, física, falta de consentimiento, negligencia. Asociado con múltiples factores sociales y clínicos.	6/8 (75%)
Martínez-Galiano *et al.*, 2021, España.	Determinar prevalencia de VO y factores asociados.	Estudio transversal cuantitativo.	899 mujere.s	67,4% reportaron VO: violencia física, verbal, psicoafectiva. Factores: plan de parto no respetado, ingreso UCI, no asistencia educación maternal.	8/8 (100%)

Tabla 1 (continuación)
Resumen de los estudios incluidos en la revisión sistemática sobre Violencia Obstétrica (VO).

Autor, año, país	Objetivo	Tipo de estudio	Muestra de estudio	Resultados	Calidad metodológica
Mena-Tudela *et al.*, 2020a, España.	Distribución territorial de VO en España.	Estudio transversal retrospectivo cuantitativo.	17.541 mujeres.	38,3% reportaron VO. Mayor prevalencia en hospitales privados.	-
Mena-Tudela *et al.*, 2020b, España.	Intervencionismo y percepción de VO en centros públicos, privados y mixtos.	Estudio transversal retrospectivo cuantitativo.	17.541 mujeres.	VO más prevalente en hospitales privados (55,5%) que públicos (16,7%).	6/8 (75%)
Mena-Tudela *et al.*, 2021, España.	Identificar con qué profesionales, en qué áreas y en qué situaciones las mujeres perciben VO durante la maternidad.	Estudio transversal retrospectivo cuantitativo.	17.541 mujeres.	38,3% refirió VO. Falta de información/consentimiento (embarazo: 65,1%; parto: 74,2%; postparto: 71,6%), infantilización (embarazo: 64,6%; parto: 78,1%; postparto: 66,3%), no resolución de dudas/miedos, intervenciones innecesarias (74,3%), plan de parto no respetado (79,8%), falta de apoyo en lactancia/cuidados neonatales (39%).	8/8 (100%)
Mena-Tudela *et al.*, 2022, España.	Percepción de VO durante postparto y apoyo a lactancia materna en pandemia.	Estudio transversal cuantitativo.	6.060 mujeres.	26% reportaron VO relacionada con apoyo a lactancia. Riesgo mayor en COVID+, baja clase social, educación secundaria.	8/8 (100%)
Scandurra *et al.*, 2021, Italia.	VO percibida durante parto y relación con factores sociodemográficos.	Estudio transversal cuantitativo.	282 mujeres.	78,4% reportaron VO: gritos, imposición postura, falta información, actitudes irrespetuosas. Asociada a juventud, parto natural, bajo nivel educativo.	8/8 (100%)
Thomson *et al.*, 2022, Reino Unido.	Desigualdades y prejuicios en servicios de maternidad.	Estudio transversal mixto.	91 mujeres.	20-30% reportaron experiencias negativas: necesidades culturales/religiosas no atendidas, discriminación, menos citas.	16/18 (88,8%)
Van der Pijl *et al.*, 2020, Países Bajos.	Determinar tipos de VO en historias *#genoeggezwegen*.	Estudio transversal cualitativo.	438 mujeres.	Comunicación inefectiva, falta consentimiento, compasión, confidencialidad; violencia física y verbal, discriminación.	9/10 (100%)
Van der Pijl *et al.*, 2022, Países Bajos.	Frecuencia y características de VO y factores predisponentes.	Estudio transversal cuantitativo.	12.239 mujeres.	54,4% reportaron VO: falta decisión sobre acompañante y cuidados, violencia física/verbal, discriminación. Mayor riesgo en jóvenes, migrantes, bajo nivel educativo.	8/8 (100%)
Van der Waal *et al.*, 2024, Países Bajos.	Investigar cómo las mujeres experimentan la atención durante el parto y su relación con la autonomía y consentimiento.	Estudio transversal cualitativo.	27 mujeres.	Vulneración de autonomía, falta de consentimiento, intervención sin información adecuada, presión para aceptar intervenciones, lenguaje impositivo, desequilibrio poder-profesional, secuelas emocionales posteriores.	10/10 (100%)

abandono de la atención se identificó en diecisiete (89,5%) estudios, el abuso físico en quince (79%), el trato no digno en trece (68,4%) y el cuidado no consentido en once (57,9%). Asimismo, la falta de confidencialidad y la discriminación se describieron en cinco (26,3%) estudios cada uno, sin reportarse casos de detención en centros sanitarios.

Estas frecuencias reflejaron la presencia de categorías en los estudios incluidos y no implicaban cuantificación primaria. En el caso de los estudios cualitativos, las categorías se consideraron presentes cuando eran identificadas y descritas por los autores en sus resultados, sin realizar cuantificación primaria de los datos.

Durante el embarazo se identificaron expresiones de VO como falta de compasión, infantilización, ausencia de consentimiento informado, escasez de información y discriminación hacia minorías étnicas. En el parto, el abandono de la atención incluyó la falta de información, la falta de respeto al plan de parto19, la ausencia de acompañamiento y la pérdida de autonomía. El abuso físico se manifestó en intervenciones forzadas o innecesarias, deficiente manejo del dolor y agresiones. Se registraron además cuidados no dignos (violencia verbal, trato despectivo, presión emocional) y no consentidos (episiotomías, tactos vaginales y maniobras invasivas), junto con discriminación y vulneración de la confidencialidad.

En el postparto, el abandono de la atención se reflejó en la separación no justificada del binomio madre-hijo, escasa asistencia con la lactancia y ausencia de orientación sobre cuidados neonatales. Asimismo, se describieron prácticas sin consentimiento (como la administración de fórmula sin autorización) y actos discriminatorios por el irrespeto a costumbres culturales.

En conjunto, estas formas de violencia se evidenciaron en las tres etapas del proceso obstétrico **[Tabla 2]**. En los estudios cualitativos, estas formas de violencia no se describieron exclusivamente como eventos aislados, sino como experiencias complejas en las que las mujeres referían sentimientos de vulnerabilidad, desprotección y pérdida de autonomía. La falta de consentimiento y la comunicación deficiente emergían de manera recurrente como elementos centrales en la experiencia de maltrato, asociados a la percepción de deshumanización de la atención y a relaciones asistenciales percibidas como asimétricas.

Factores asociados reportados en la literatura sobre VO. Diez (52,6%) estudios analizaron factores asociados a la VO. Los factores se describen según lo reportado en los estudios incluidos, sin inferencia de causalidad. En este sentido, se observaron asociaciones descritas en los estudios con edad materna extrema (dieciocho o menos años o bien cuarenta o más años), bajo nivel educativo, no asistencia a clases de preparación al parto y partos con intervenciones como episiotomía, instrumentalización o cesárea.

Asimismo, otros factores identificados incluyeron la falta de acompañamiento durante el parto, la atención en hospitales privados, la pertenencia a clases sociales bajas o minorías étnicas, la falta de respeto al plan de parto, el diagnóstico de COVID-19 y un índice de masa corporal elevado.

Tabla 2
Momento del proceso obstétrico en el que las mujeres sufrieron alguna forma de violencia obstétrica.

Tipos de violencia obstétrica	Embarazo	Parto	Postparto
Abuso físico		X	
Cuidado no consentido	X	X	X
Cuidado no confidencial		X	
Cuidado no digno	X	X	
Discriminación	X	X	X
Abandono de la atención	X	X	X
Detención en centros			

La variabilidad observada sugirió que la VO era un constructo altamente dependiente del instrumento de medición. La ausencia de definiciones operativas homogéneas y de instrumentos estandarizados contribuía de manera significativa a esta variabilidad, limitando la comparabilidad entre estudios. Desde una perspectiva cualitativa, estos factores no se experimentaron de forma aislada, sino que se integraron en contextos asistenciales más amplios en los que interactuaban condiciones sociales, organizativas y relacionales, influyendo en la forma en que las mujeres interpretaban y significaban su experiencia de atención.

DISCUSIÓN

Este trabajo aporta como elemento diferencial la integración de la evidencia cuantitativa y cualitativa en el contexto de los países europeos y del Reino Unido, permitiendo una comprensión más amplia del fenómeno al combinar la magnitud reportada con la experiencia de las mujeres.

La calidad metodológica de los estudios incluidos es en general moderada-alta según las herramientas del *Joanna Briggs Institute* (JBI), con puntuaciones entre 6 y 9 sobre los criterios aplicables. Las principales limitaciones se relacionaron con el control de factores de confusión en los estudios transversales y con el seguimiento de participantes en los estudios de cohorte. La evaluación mediante JBI permite estimar el riesgo de sesgo de forma descriptiva, sin aplicar ponderaciones en la síntesis de resultados.

La conceptualización utilizada en esta revisión se alinea con el marco de la OMS sobre *mistreatment during childbirth* **(32)**, lo que permite interpretar la VO como una expresión contextual del maltrato en la atención materna dentro del contexto europeo. La ausencia de una definición consensuada y ▶

la variabilidad metodológica limitan la comparabilidad entre estudios [33]. Así, las cifras presentadas en esta revisión deben interpretarse exclusivamente como rangos descriptivos reportados por los estudios incluidos. Dado que proceden de investigaciones con definiciones operativas, diseños metodológicos e instrumentos de medida heterogéneos, no constituyen estimaciones epidemiológicas comparables ni permiten inferencias poblacionales. Por ello, la evidencia analizada muestra una elevada variabilidad en la magnitud reportada de la violencia obstétrica [34], estrechamente vinculada al diseño de los estudios, a los instrumentos de medida empleados y a las definiciones operativas utilizadas [29-31]. En este contexto, los estudios transversales basados en cuestionarios autoadministrados tienden a mostrar valores más elevados, mientras que los estudios de cohorte y aquellos con definiciones más restrictivas del fenómeno describen rangos inferiores [35].

Más allá de su frecuencia, los hallazgos sugieren que la VO podría estar influida por factores organizativos y relacionales dentro de los sistemas sanitarios [36]. La evidencia sugiere que su aparición no se explica únicamente a conductas individuales, sino a dinámicas asistenciales en las que persisten relaciones de poder asimétricas y enfoques centrados en el profesional, que podrían condicionar la autonomía de las mujeres [14]. En este contexto, la medicalización del parto, junto con la organización jerárquica de los servicios, podría favorecer la normalización de determinadas prácticas que, en ausencia de consentimiento o justificación clínica, son percibidas como vulneraciones de los derechos reproductivos.

En relación con las formas de VO, los resultados muestran una distribución consistente a lo largo de las distintas etapas del proceso obstétrico [21,25,27,28]. El cuidado no consentido, la discriminación y el abandono de la atención emergen como las manifestaciones más frecuentes, presentes de forma transversal en embarazo, parto y postparto, seguidos del trato no digno, el abuso físico y la falta de confidencialidad [25,37]. Estos hallazgos son coherentes con la literatura internacional, que identifica estas dimensiones como núcleos centrales del maltrato obstétrico [38,39,41].

La identificación de factores asociados refuerza la hipótesis de que la VO no se distribuye de manera aleatoria. Variables como la edad materna extrema, el bajo nivel educativo, la pertenencia a grupos socialmente vulnerables o determinadas características del parto se asocian de forma consistente con su aparición. Asimismo, factores relacionados con la organización del sistema sanitario, como la atención en centros privados o la ausencia de acompañamiento durante el parto, sugieren la influencia de elementos estructurales y organizativos. No obstante, estos resultados deben interpretarse como asociaciones descritas en la literatura, sin que pueda establecerse relación causal [21,27,29,44].

En el contexto europeo, las mayores prevalencias se registran en estudios realizados en Polonia, Italia y Alemania [21,24], seguidos de España [29] y Países Bajos [23,27], mientras que Francia muestra valores más bajos [20]. Las diferencias observadas entre países podrían estar relacionadas con factores estructurales y organizativos de

los sistemas sanitarios, incluyendo el grado de medicalización del parto, los modelos de atención (hospitalario frente a comunitario) y las políticas de humanización de la atención perinatal. Asimismo, la ausencia de un reconocimiento legal homogéneo de la VO en el contexto europeo contrasta con otros escenarios, como América Latina, donde el concepto ha sido incorporado en marcos normativos específicos, lo que podría influir tanto en su visibilización como en su medición, aunque deben interpretarse con cautela.

El concepto de VO presenta un componente interpretativo relevante, ya que su identificación puede variar en función de la experiencia de las mujeres y del contexto sociocultural y sanitario. Existe debate sobre si determinadas prácticas clínicas rutinarias pueden ser consideradas VO **(17)**. No obstante, intervenciones que implican la realización de procedimientos sin consentimiento informado, la limitación de la autonomía o la aplicación de prácticas invasivas sin indicación clínica han sido señaladas como posibles formas de VO **(22,24,27,30,31,44)**. Cabe señalar que no todos los partos traumáticos implican necesariamente VO, ya que una mujer puede percibir su experiencia como traumática incluso en contextos de atención aparentemente adecuada **(45)**.

La denominada *cultura del riesgo* y el temor a litigios pueden favorecer la adopción de prácticas defensivas y una mayor medicalización del proceso obstétrico, lo que podría condicionar la autonomía de las mujeres y de los profesionales sanitarios **(46)**. Estas dinámicas pueden contribuir a relaciones asistenciales más asimétricas, en las que la toma de decisiones se centra principalmente en el criterio clínico dentro de estructuras organizativas jerárquicas **(47)**.

Desde una perspectiva de salud pública, la VO ha sido interpretada por diversos autores en el marco de la intersección entre la violencia de género y las limitaciones estructurales de los sistemas sanitarios **(14)**. Factores como la sobrecarga asistencial, la escasez de personal, la falta de formación específica o las jerarquías verticales generan entornos en los que pueden producirse prácticas de trato irrespetuoso o negligente **(47)**. Coincidiendo con Shrivastava y Sivakami (2020), las mujeres con menor nivel socioeconómico, atendidas en determinados entornos asistenciales, o con mayor complejidad obstétrica pueden presentar un mayor riesgo de experimentar VO. Este fenómeno se asocia con desigualdades de género, de clase social, de origen étnico u estatus migratorio, que incrementan la vulnerabilidad de determinados grupos **(29,44)**. Asimismo, la normalización histórica de la violencia de género puede constituir una barrera adicional para el acceso a una atención digna y de calidad **(47)**. Estos resultados tienen implicaciones relevantes para la práctica clínica, al evidenciar la necesidad de reforzar la atención centrada en la mujer y el respeto a sus derechos en los servicios de salud materna.

Entre las limitaciones de esta revisión se incluyen los filtros temporales y lingüísticos aplicados, la selección de bases de datos predominantemente biomédicas, y la heterogeneidad de los estudios incluidos. De esta manera, no se incluyeron bases de datos específicas de Ciencias Sociales o Enfermería (como *CINAHL* o *PsycINFO*). Esta elección puede haber infrarepresentado ▶

estudios centrados exclusivamente en dimensiones experienciales o socioculturales. Asimismo, la ausencia de registro previo del protocolo y el uso de medidas basadas en autoinforme pueden afectar tanto a la reproducibilidad como a la estimación de las frecuencias reportadas. Dada la naturaleza integrativa del estudio, no se pretende establecer relaciones causales ni estimaciones poblacionales, sino ofrecer una síntesis comprensiva de la evidencia disponible desde diferentes enfoques metodológicos. Por otro lado, la calidad metodológica de los estudios incluidos fue, en general, adecuada según las herramientas del *Joanna Briggs Institute*; sin embargo, la variabilidad en el rigor metodológico entre los estudios podría haber influido en la heterogeneidad de los resultados observados. En particular, los diseños transversales y los estudios basados en autoinforme son susceptibles a sesgos de recuerdo y de deseabilidad social, lo que podría haber contribuido tanto a la sobrestimación como a la infraestimación de la prevalencia de VO. Además, aunque el proceso de reporte se guió por las recomendaciones *PRISMA 2020*, es necesario reconocer las limitaciones derivadas de su aplicación a revisiones integrativas de métodos mixtos, dado que dichas directrices fueron originalmente desarrolladas para revisiones sistemáticas de estudios cuantitativos homogéneos. Por ello, los resultados deben interpretarse considerando estas limitaciones, que afectan principalmente a la precisión de las estimaciones más que a la consistencia global del fenómeno descrito.

En conclusión, la VO constituye un fenómeno presente en los sistemas sanitarios europeos, con manifestaciones a lo largo de todo el proceso obstétrico y una frecuencia variable según los contextos analizados. Los hallazgos de esta revisión indican que no se trata únicamente de prácticas individuales, sino de un problema influido por factores organizativos, sociales y culturales del sistema sanitario, en el marco de la evidencia disponible. La síntesis realizada refuerza la necesidad de avanzar hacia modelos de atención centrados en la mujer, que garanticen el respeto a la autonomía, la toma de decisiones informada y la calidad asistencial. En este sentido, la incorporación de estándares de atención respetuosa, la formación en derechos reproductivos y comunicación clínica, así como la inclusión de indicadores de trato digno en los sistemas de evaluación de calidad, podrían contribuir a mejorar la atención obstétrica en la Unión Europea y Reino Unido.

Futuras investigaciones deberían centrarse en la estandarización conceptual y metodológica del fenómeno en el contexto europeo, mediante el desarrollo de definiciones operativas consensuadas y herramientas de medida comparables. Asimismo, resulta necesario ampliar la investigación a etapas menos estudiadas, como el embarazo y el postparto, e incorporar perspectivas múltiples que permitan una comprensión más integral del fenómeno y orientar el desarrollo de políticas sanitarias basadas en la evidencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Obstetrics and Gynecology Competencies (Version 1.0).* The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2019.

2. *Rae.es.* [consultado 1 ago 2025]. *Disponible en: https://dle.rae.es/obstetricia*

3. Sedano L, Sedano M, Sedano C. *Reseña histórica e hitos de la obstetricia.* Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25(6):866-873.

4. Vallana V. *La enfermedad normal: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto.* Vol. 34. Sexualidad, Salud y Sociedad; 2020.

5. Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. *Has the medicalisation of childbirth gone too far?* BMJ [Internet]. 2002;324(7342):892-895. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7342.892*

6. Lokugamage AU, Pathberiya SDC. *Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review.* Reprod Health [Internet]. 2017;14(1):17. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12978-016-0264-3*

7. Who.int. [consultado 1 ago 2025]. *Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1*

8. Bowser D, Hill K. *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth.* Boston: USAID-traction project, Harvard school of public health. 2010.

9. Chervenak FA, McLeod-Sordjan R, Pollet SL, De Four Jones M, Gordon MR, Combs A *et al. Obstetric violence is a misnomer.* Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2024;230(3S):S1138-1145. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2023.10.003*

10. De Venezuela. RB, editor. *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.* Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. 2007.

11. Adib Mendiri A, Ibáñez Bernáldez M, Blanco M, Santos Redondo M. *La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer.* Vol. 34. Medicina Legal de Costa Rica; 2017.

12. Brunello S, Gay-Berthomieu M, Smiles B, Bardho E, Schantz C, Rozee V. En: *Obstetric and gynaecological violence in the EU: Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination.* 2024;13-20.

13. Ferrão AC, Sim-Sim M, Almeida VS, Zangão MO. *Analysis of the concept of obstetric violence: Scoping review protocol.* J Pers Med [Internet]. 2022;12(7):1090. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/jpm12071090*

14. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetc R *et al. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk.* En: *JBI Manual for Evidence Synthesis.* JBI; 2020.

15. Lockwood C, Munn Z, Porritt K. *Qualitative research synthesis: Methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. 44 de 50 Percepción de las mujeres sobre la violencia obstétrica: una revisión sistemática.* 2015.

16. Arthuis C, LeGoff J, Olivier M, Coutin A-S, Banaskiewicz N, Gillard P *et al. The experience of giving birth: a prospective cohort in a French perinatal network.* BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2022;22(1):439. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12884-022-04727-7*

17. Baranowska B, Doroszewska A, Kubicka-Kraszynska U, Pietrusiewicz J, Adamska-Sala I, Kajdy A *et al. Is there respectful maternity care in Poland? Women's views about care during labor and birth.* BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2019;19(1):520. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12884-019-2675-y*

18. Leavy E, Cortet M, Huissoud C, Desplanches T, Sormani J, Viaux-Savelon S *et al. Disrespect during childbirth and postpartum mental health: a French cohort study.* BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2023;23(1):241. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12884-023-05551-3*

19. Leijerzapf DR, van der Pijl MSG, Hollander MH, Kingma E, De Jonge A, Verhoeven CJM. *Experienced disrespect & abuse during childbirth and associated birth characteristics: a cross-sectional survey in the Netherlands.* BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2024;24(1):170. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12884-024-06360-y*

20. Limmer CM, Stoll K, Vedam S, Leinweber J, Gross MM. *Measuring disrespect and abuse during childbirth in a high-resource country: Development and validation of a German self-report tool.* Midwifery [Internet]. 2023;126(103809):103809. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2023.103809*

21. Martínez-Galiano JM, Martinez-Vazquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martinez A. *The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study.* Women Birth [Internet]. 2021;34(5):e526-536. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002*

22. Scandurra C, Zapparella R, Policastro M, Continisio GI, Ammendola A, Bochicchio V *et al. Obstetric violence in a group of Italian women: socio-demographic predictors and effects on mental health.* Cult Health Sex [Internet]. 2022;24(11):1466-1480. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2021.1970812*

23. Van der Pijl MSG, Hollander MH, Van der Linden T, Verweij R, Holten L, Kingma E *et al. Left powerless: A qualitative social media content analysis of the Dutch #breakthesilence campaign on negative and traumatic experiences of labour and birth.* PLoS One [Internet]. 2020;15(5):e0233114. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0233114*

24. Mena-Tudela D, Iglesias-Casas S, Cervera-Gasch A, Andreu-Pejó L, González-Chordá VM, Valero-Chillerón MJ. *Breastfeeding and obstetric violence during the SARS-CoV-2 pandemic in Spain: Maternal perceptions.* Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022;19(23):15737. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph192315737*

25. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. *Obstetric violence in Spain (part I): Women's perception and interterritorial differences.* Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020;17(21):7726. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17217726*

26. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Valero-Chillerón MJ, Andreu-Pejó L, Cervera-Gasch Á. *Obstetric violence in Spain (part III): Healthcare professionals, times, and areas.* Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021;18(7):3359. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18073359*

27. Thomson G, Cook J, Crossland N, Balaam M-C, Byrom A, Jassat R *et al. Minoritised ethnic women's experiences of inequities and discrimination in maternity services in North-West England: a mixed-methods study.* BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2022;22(1):958. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12884-022-05279-6*

28. Fraser LK, Cano-Ibáñez N, Amezcua-Prieto C, Khan KS, Lamont RF, Jørgensen JS. *Prevalence of obstetric violence in high-income countries: A systematic review of mixed studies and meta-analysis of quantitative studies.* Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2025;104(1):13-28. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/aogs.14962*

29. Shrivastava S, Sivakami M. *Evidence of 'obstetric violence' in India: an integrative review.* Journal of biosocial science. 2020;52(4):610-628.

30. Perrotte V, Chaudhary A, Goodman A. *"At least your baby is healthy". Obstetric violence or disrespect and abuse in childbirth occurrence worldwide: A literature review.* Open J Obstet Gynecol [Internet]. 2020;10(11):1544-1562. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.4236/ojog.2020.10110139*

31. Mengesha MB, Desta AG, Maeruf H, Hidru HD. *Disrespect and abuse during childbirth in Ethiopia: A systematic review.* Biomed Res Int [Internet]. 2020;2020(1):8186070. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.1155/2020/8186070*

32. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens (CNGOF). (2024). *Le Label CNGOF-MATERNYS.*

33. Daly D, Sedlicka N, Švanderlíková K, Kovarcíková PA, Wilhelmová R, Begley C. *An online survey of women's views of respectful and disrespectful pregnancy and early labour care in the Czech Republic.* BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2024;24(1):370. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12884-024-06448-5*

34. Okedo-Alex IN, Akamike IC, Eze II, Onwasigwe CN. *Does disrespect and abuse during childbirth differ between public and private hospitals in Southeast Nigeria.* BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2021;21(1):852. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12884-021-04298-z*

35. Sánchez IM. *Violencia obstétrica, cuando el maltrato llama a consulta* [Internet]. Red 2030. 2024 [consultado 2 ago 2025]. *Disponible en: https://red2030.com/violenciaobstetrica-cuando-el-maltrato-llama-a-consulta*

36. Garcia LM. *Obstetric violence in the United States and other high-income countries: an integrative review.* Sex Reprod Health Matters. 2023;31.

37. Healy S, Humphreys E, Kennedy C. *Can maternity care move beyond risk? Implications for midwifery as a profession.* Br J Midwifery [Internet]. 2016;24(3):203-209. *Disponible en: http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2016.24.3.203*

38. Faheem A. *The nature of obstetric violence and the organisational context of its manifestation in India: a systematic review.* Sexual and reproductive health matters. 2022;29.

Anexo I
Checklist para estudios cualitativos.

Preguntas	Annborn y Finnbogadótti, 2021	Colaceci *et al.*, 2022	Daly *et al.*, 2024	Larsson *et al.*, 2023	Thomson *et al.*, 2022	Van der Pijl *et al.*, 2020	Van der Waal y van Nistelrooij, 2024
1. ¿Existe congruencia entre la perspectiva filosófica declarada y la metodología de investigación?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2. ¿Existe congruencia entre la metodología de investigación y la pregunta u objetivos de la investigación?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3. ¿Existe congruencia entre la metodología de investigación y los métodos utilizados para recolectar datos?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
4. ¿Existe congruencia entre la metodología de investigación y la representación y análisis de datos?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
5. ¿Existe congruencia entre la metodología de investigación y la interpretación de los resultados?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
6. ¿Existe una declaración que ubique al investigador cultural o teóricamente?	NC	NC	NC	NC	Sí	Sí	NC
7. ¿Se aborda la influencia del investigador en la investigación y viceversa?	NC	NC	NC	NC	Sí	NC	NC
8. ¿Se representan adecuadamente a los participantes y sus voces?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
9. ¿Es la investigación ética según los criterios actuales, o para estudios recientes, hay evidencia de aprobación ética por un organismo apropiado?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
10. ¿Las conclusiones derivadas del informe de investigación se basan en el análisis o interpretación de los datos?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
TOTAL	8	8	8	8	10	9	8

NC: no está claro.

Anexo II
Checklist para estudios transversales analíticos.

Preguntas	Baranowska *et al.*, 2019	Daly *et al.*, 2024	Larsson *et al.*, 2023	Leijerzapf *et al.*, 2024	Limmer *et al.*, 2023	Martínez-Galiano *et al.*, 2021	Mena-Tudela *et al.*, 2020a	Mena-Tudela *et al.*, 2020b	Mena-Tudela *et al.*, 2021	Mena-Tudela *et al.*, 2022	Scandurra *et al.*, 2021	Thomson *et al.*, 2022	Van der Pijl *et al.*, 2022
1. ¿Los criterios de inclusión de los participantes están claramente definidos?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2. ¿La población de estudio y el contexto están claramente definidos?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3. ¿La exposición está claramente medida de manera válida y confiable?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
4. ¿La condición o el resultado se midieron de manera válida y confiable?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
5. ¿Se identificaron claramente los factores confusores?	NC	No	NC	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	NC	Sí
6. ¿Se utilizaron estrategias para manejar los factores confusores?	NC	No	NC	Sí	NC	Sí	NC	NC	Sí	Sí	Sí	NC	Sí
7. ¿Se midieron los resultados de manera válida y fiable?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
8. ¿El análisis estadístico fue apropiado?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
TOTAL	6	6	6	8	6	8	6	6	8	8	8	6	8

NC: no está claro.

Anexo III
Checklist para estudios de cohortes.

Preguntas	Arthuis *et al.*, 2022	Leavy *et al.*, 2023
1. ¿Los dos grupos eran similares y reclutados de la misma población?	Sí	Sí
2. ¿Las exposiciones se midieron de manera similar para asignar personas a ambos grupos expuestos y no expuestos?	Sí	Sí
3. ¿La exposición se midió de manera válida y confiable?	Sí	Sí
4. ¿Se identificaron factores confusores?	Sí	Sí
5. ¿Se declararon estrategias para manejar factores confusores?	Sí	Sí
6. ¿Los grupos/participantes estaban libres del resultado al inicio del estudio (o en el momento de la exposición)?	Sí	Sí
7. ¿Los resultados se midieron de manera válida y confiable?	Sí	Sí
8. ¿El tiempo de seguimiento fue reportado y suficiente para que los resultados ocurrieran?	Sí	Sí
9. ¿El seguimiento fue completo y, si no, se describieron y exploraron las razones de pérdida de seguimiento?	NC	NC
10. ¿Se utilizaron estrategias para abordar el seguimiento incompleto?	No	No
11. ¿Se utilizó un análisis estadístico apropiado?	Sí	Sí
TOTAL	9	9

NC: no está claro.

Anexo IV

Heterogeneidad conceptual y metodológica en la evaluación de la violencia obstétrica en los estudios incluidos.

Autor (año)	Constructo principal evaluado	VO evaluada explícitamente	Método de recogida de datos	Dimensiones principales evaluadas
Annborn y Finnbogadótti, 2021.	Experiencias durante parto y postparto.	No.	Entrevistas cualitativas.	Consentimiento, manejo del dolor, violencia verbal/física, apoyo postparto.
Arthuis *et al.*, 2022.	Experiencia del parto.	No.	Cuestionarios longitudinales.	Experiencias negativas, intervenciones sin consentimiento, acompañamiento.
Baranowska *et al.*, 2019.	Maltrato durante la atención perinatal.	No.	Encuesta.	Violencia verbal/física, consentimiento.
Colaceci *et al.*, 2022.	Experiencias obstétricas durante la pandemia.	No.	Entrevistas cualitativas.	Comunicación, apoyo postparto, contacto madre-hijo.
Daly *et al.*, 2024.	Atención respetuosa durante embarazo y parto.	No.	Encuesta y análisis cualitativo.	Consentimiento, información, privacidad, acompañamiento.
Larsson *et al.*, 2023.	Experiencias negativas durante el parto.	No.	Encuesta y análisis cualitativo.	Comunicación, empatía, analgesia.
Leavy *et al.*, 2023.	Experiencias postparto y salud mental.	No.	Cuestionarios longitudinales.	Trato recibido, manejo del dolor.
Leijerzapf *et al.*, 2024.	Violencia obstétrica según paridad.	Sí.	Encuesta.	Intervenciones obstétricas, consentimiento.
Limmer *et al.*, 2023.	Maltrato obstétrico.	Sí.	Instrumento estructurado.	Negligencia, violencia verbal/física, consentimiento.
Martínez-Galiano *et al.*, 2021.	Percepción de violencia obstétrica durante el parto.	Sí.	Cuestionario.	Plan de parto, consentimiento.
Mena-Tudela *et al.*, 2020a.	Percepción global de violencia obstétrica.	Sí.	Encuesta retrospectiva.	Experiencia global de atención.
Mena-Tudela *et al.*, 2020b.	Violencia obstétrica según tipo de centro sanitario.	Sí.	Encuesta retrospectiva.	Diferencias según ámbito asistencial.
Mena-Tudela *et al.*, 2021.	Violencia obstétrica durante el proceso obstétrico.	Sí.	Encuesta retrospectiva.	Consentimiento, infantilización, intervenciones innecesarias.
Mena-Tudela *et al.*, 2022.	Violencia obstétrica en el postparto.	Sí.	Cuestionario.	Apoyo a la lactancia.
Scandurra *et al.*, 2021.	Violencia obstétrica y factores sociodemográfico.	Sí.	Encuesta.	Prácticas asistenciales, trato recibido.
Thomson *et al.*, 2022o.	Atención obstétrica y desigualdades.	No.	Encuesta y análisis cualitativo.	Discriminación, acceso a la atención.
Van der Pijl *et al.*, 2020.	Experiencias negativas del parto.	No.	Análisis cualitativo.	Consentimiento, comunicación, violencia verbal/física.
Van der Pijl *et al.*, 2022.	Violencia obstétrica y factores asociados.	Sí.	Encuesta.	Factores sociodemográficos y experiencias de atención.
Van der Waal *et al.*, 2024.	Autonomía durante el parto.	No.	Entrevistas cualitativas.	Autonomía, consentimiento, coerción.