

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Medicina

VIOLENCIA OBSTETRICA



Monografía de grado presentado por Clariloren del Carmen Pineda Guerrero y  
Alexander Jesús Valdez Ureña para la obtención del grado de:  
**DOCTOR EN MEDICINA**

Santo Domingo, D.N  
2020

## CONTENIDO

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen y palabras claves	
Abstract and keywords	
I. Introducción	10
I.1. Antecedentes	11
I.2. Justificación	15
II. Planteamiento del problema	16
III. Objetivos	17
III.1. General	17
III.2. Específicos	17
IV. Marco teórico	18
IV.1. Violencia obstétrica durante la atención del parto.	18
IV.1.1. Definición.	18
IV.1.2. Violencia obstétrica	20
IV.1.2.1. Tipos de violencia obstétrica.	23
IV.1.2.1.1. Violencia obstétrica física.	23
IV.1.2.1.2. Violencia obstétrica psíquica	24
IV.1.3. Medicalización rutinaria del parto	25
IV.1.3.1. Consecuencias negativas de la excesiva medicalización del parto	26
IV.1.4. El parto	26
IV.1.5. Violencia obstétrica como violación a los derechos humanos	29
IV. 1.6. Atención materna respetuosa	30
IV.1.7. Parto humanizado	32
IV.1.8. Prevención.	34
IV.1.8.1 Momentos asociados al proceso reproductivo y los roles que deben de cumplir el personal de salud encargado de asistir el proceso de gestación, parto y posparto.	34

IV.1.8.1.1. Atención prenatal.	34
IV.1.8.1.2. Atención de trabajo de parto y parto fisiológico	35
IV.1.8.1.3. Apego precoz.	35
IV.1.8.1.4. Atención integral durante el posparto.	35
IV.1.9. Posparto.	36
IV.1.10. Satisfacción.	36
IV.1.11 Percepción de las usuarias acerca de la violencia obstétrica	37
IV.1.12. Recomendaciones según la Organización mundial de la salud (OMS).	38
V. Discusión.	41
VI. Conclusiones	45
VII. Recomendaciones personales.	47
VIII. Referencias.	48
IX. Anexos.	53
IX.1. Cronograma.	53
IX.2. Costos y recursos.	54
X. Evaluación.	55

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por ser mi guía y estar siempre delante de mí, dándome las fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los momentos de mayor dificultad,

enseñándome a encarar las adversidades sin perder la fe, además de su infinito amor, permitir lograr uno de mis grandes sueños como profesional.

A mis padres José y Clara, por ser el pilar fundamental de todo lo que soy, por su apoyo incondicional, amor, comprensión y confianza, para cumplir mis sueños.

A mi alma mater, por haberme capacitado con docentes de excelencia.

A mis asesores Dra. Gladys Cerda, Dr. Plinio Cabrera y Dr. Rubén Darío, por guiarnos en la realización de nuestro trabajo de grado, aportar sus conocimientos y tiempo.

A mis hermanos José Luis, Yerinson y Alberto, mis tíos, Isidro, Simón, Patria, Benny, Janes, Luisa, Gary, Radames, Miguelina y todos mis familiares que fueron de gran apoyo durante mi carrera.

A Luis, mi pareja, por su gran apoyo y comprensión durante mi carrera y decir presente en cada momento que lo necesitaba.

A las amistades que me regalo la universidad, Jhennifer, Zoila, Sharon, María, Saray y Manuel Emilio, por estar conmigo siempre en cada momento de este arduo camino.

A Alexander, mi compañero de monografía, por siempre decir si y trabajar junto conmigo en este trabajo.

A mi gran grupo de rotación, Jawil, Socranyelis, Jesmary y Diego, que desde el primer día del pre internado supe que no me pudieron tocar los mejores compañeros y amigos.

Clariloren pineda.

## **AGRADECIMIENTO**

Primordialmente le agradezco a mis padres: Arístides Valdez y Alexandra Ureña por todos los sacrificios que realizaron para yo poder llegar a este punto de mi carrera y por brindarme el apoyo ante cada decisión que tome, por enseñarme que siempre se debe luchar por lo que uno quiere a pesar de las grandes adversidades que estas traen consigo.

Asimismo, le agradezco a mi compañera: Clariloren Pineda, por haberme otorgado la oportunidad de recorrer este camino junto a ella y poder finalizar este trabajo juntos a pesar de todas las dificultades que se presentaron durante este año, logramos realizar un espléndido trabajo demostrando nuestro trabajo en equipo.

No obstante, y por último, pero no menos importante le agradezco a nuestros asesores:

Dra. Gladys Cerda y al Dr. Plinio Cabrera por haber ofrecido tanto su tiempo, conocimiento y las herramientas necesarias para la realización de este trabajo, sin ninguna queja las palabras que les puedo otorgar en este párrafo no representa en lo más mínimo lo agradecido que me siento de haberlos tenido como guías durante este proceso, pero por ahora solo les puedo decir: gracias.

Alexander

Valdez.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mis padres José Pineda y Clara Guerrero, quienes me han dado todo, mis valores, mi educación, sacrificándose siempre para que nunca me falte nada, su incondicional amor y entrega, siempre dándome los mejores consejos para mi futuro, mis mejores ejemplos a seguir, a ellos les dedico todos mis éxitos y espero seguir siempre sus pasos.

A mis hermanos, José Luis Pineda y Yerinson Pineda por su gran amor y apoyo, entregándose incondicionalmente por completo físico y emocional para que yo pudiera lograr mis sueños, gracias por depositar su confianza en mí, los amo

A mi esposo y amigo, Luis Terrero, por estar conmigo en aquellos momentos en que el estudio ocupaba todo mi tiempo y esfuerzo, la ayuda que me has brindado ha sido sumamente importante, estuviste a mi lado inclusive en los momentos y situaciones más turbulentas, por todas esas palabras de esperanza y motivación, diciéndome que lo lograría perfectamente, gracias.

A mis sobrinos, José miguel y Stella porque desde el momento que llegaron a mi vida, me enseñaron a luchar más por lo que quiero, para ellos.

En especial a mi tío, Isidro Pineda porque aunque ya no estés fuiste fundamental en mi vida, toda tú fe y confianza depositada en mí, hasta el último de tus días, siendo tú partida una enseñanza para lo que me depara el futuro. Serás grande mi sobrina, decías, y no te fallare, mi ángel de la guarda.

Clariloren Pineda.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mis padres: Alexandra Ureña y Arístides Valdez, quienes me otorgaron la oportunidad de recibir una educación de la mejor calidad posible sin poner un pero, y por el apoyo que me dieron durante el día a día, por el sacrificio que hicieron para que nunca faltara nada. Por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, me formaron con reglas y algunas libertades, y siempre me motivaron a alcanzar mis anhelos.

Quiero hacerles saber que este logro que he conseguido es mas de ellos que mío, debido a que sin todo lo que me otorgaron desde el día en que nací yo no estuviera en el punto que me encuentro, también que este solo es el inicio de un largo camino por recorrer, siendo este solo el primer objetivo de todo aquello que me enseñaron que podía conseguir con dedicación y esfuerzo.

A mis abuelos por haberme dado el ánimo y fuerzas suficientes para terminar este tramo de mi vida en esos días que uno se quiere rendir.

Alexander

Valdez.

**RESUMEN**

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, define la violencia obstétrica como: «el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y posparto»<sup>1</sup>.

Existen diferentes tipos de violencia, física y psíquica lo que engloba el maltrato verbal que se da frecuentemente, donde también es vulnerado el derecho a la Intimidad, violación del derecho a la Información y a la toma de decisiones, tratos Crueles, Inhumanos y degradantes. La realización innecesarias de cesares, maniobras, medicalización e uso de instrumentos, lo que lleva a la paciente a tener un trato deshumanizado durante la atención al parto.

La violencia obstétrica como producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud, es un tipo de violación a los derechos sexuales y reproductivos hasta ahora muy poco problematizado e invisibilizado.

La atención del parto humanizado consiste en brindar un cuidado integral, a partir de un conjunto de acciones encaminadas a una experiencia satisfactoria durante el trabajo de parto y parto, por eso, damos a conocer las recomendaciones pautadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el fin de evitar que se den estos tipos de casos, y de manera personal recomendar más estudios nacionales sobre el tema, supervisar las instituciones de salud y concientizar a los médicos y comunidad.

Palabras clave: violencia obstétrica, atención, maltrato verbal, parto humanizado.



## **ABSTRACT**

The UN, in coordination with the Latin American Caribbean and Bioethics Network, defines obstetric violence as: «the type of violence exerted by the health professional, on the body and the productive processes of women. This kind of violence is expressed mainly, although not exclusively, in the dehumanized treatment of pregnant women, in the tendency to pathologize natural reproductive processes and in multiple manifestations that are threatening in the context of sexual health care, pregnancy, childbirth and postpartum».

There are different types of violence, physical and psychological, which includes verbal abuse that occurs frequently, where the right to privacy is also infringed, violation of the right to information and decision-making, cruel, inhuman and degrading treatment. We show the unnecessary performance of caesarean sections, maneuvers, medicalization and use of instruments, which leads the patient to have a dehumanized treatment during delivery care.

Obstetric violence as a product of the intersection of structural gender violence and institutional violence in health care is a type of violation of sexual and reproductive rights, until now, very little problematized and invisibilized.

Humanized childbirth care consists of providing integrated care, based on a set of actions aimed to a satisfactory experience during labor and delivery, therefore, we make known the recommendations established by the WHO in order to avoid that these types of cases occur, and personally recommend more national studies on the subject, supervise health institutions and raise awareness among doctors and the community.

Keywords: obstetric violence, care, verbal abuse, humanized delivery.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La Organización de las Naciones Unidas ha enfatizado que la morbilidad materna es un problema grave de salud pública y un signo de discriminación que menoscaba el desarrollo de las naciones, y ha hecho un llamamiento a garantizar el derecho a servicios de alta calidad para la atención del embarazo y el parto y a una atención de salud digna y respetuosa para todas las mujeres. Esto ha situado la supervivencia materno-neonatal entre los desafíos sanitarios más críticos a nivel mundial y en el núcleo de las estrategias para el logro de varias metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en especial las relacionadas con la salud materna y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres. Sin embargo, varios estudios revelan que un gran número de embarazadas en todo el mundo sufren irrespeto y maltrato en la atención institucional del parto.<sup>1</sup>

Garantizar el acceso universal a una salud sexual y reproductiva segura, aceptable y de buena calidad, especialmente el acceso a los anticonceptivos y a la atención de la salud materna, puede reducir drásticamente los índices globales de morbilidad materna. En las últimas décadas, han mejorado los índices de parto en centros de salud, sin embargo, un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto, plantean un panorama alarmante. Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud. Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios. Si bien es posible que, durante el embarazo, el parto y el puerperio, se trate a las mujeres de manera irrespetuosa y ofensiva, hay que tener presente que ellas son especialmente vulnerables durante el parto.<sup>2</sup>

Ante esta situación en el 2014 la Organización mundial de la salud (OMS) lanza una declaración con el objetivo de prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto, en centros de salud a nivel mundial, consistentes en varias

acciones desde el nivel político hasta proceso inclusivo en el que participen las mujeres, las comunidades, los profesionales de la salud, y los administradores<sup>2</sup>.

Partiendo de lo expuesto anteriormente, podemos definir la violencia obstétrica como: aquella que ejerce el personal de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer, expresado en un trato deshumanizado, un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales. La violencia obstétrica no es un mal independiente, ya que le da fuerzas a otras discriminaciones, de raza, etnia, genero, edad, sexualidad o clases. Los imaginarios de la sociedad , la cultura y la percepción de genero tejen su parte en esta problemática de muchas aristas<sup>2</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) da un conjunto de recomendaciones para una experiencia de parto positiva, entre las que se encuentran; una atención respetuosa, una comunicación efectiva y un acompañante durante el parto. Esto aplica en toda parte del mundo, para cualquier persona que quiere atender un parto <sup>1</sup>.

El hecho de que hoy, países como: Venezuela, Argentina y México definan la violencia obstétrica como un delito, revelan como las fórmulas de atención al parto contemporáneo generan todavía importantes tensiones en varios lugares en el contexto Latinoamericano. Siendo Venezuela el primer país que ha reconocido la violencia obstétrica como concepto legal a través de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en el año 2007<sup>2</sup>.

---

1

2

## I.1. Antecedentes, Internacionales

Pereira C J. En 2012 realizó un estudio en el Hospital del Oeste Dr. José Gregorio Hernández en la ciudad de Caracas, Venezuela con el propósito de determinar la prevalencia de la violencia obstétrica. Se trata de un estudio prospectivo y descriptivo, en el cual se aplica un cuestionario de 15 preguntas a 326 pacientes orientado en la opinión de las pacientes en cuanto a la atención recibida y de si tenían conocimiento acerca de la violencia obstétrica. El cual presento que la prevalencia de la violencia obstétrica es de 26.1 por ciento predominando la violencia psicológica, el 34.4 por ciento de las pacientes no recibieron información adecuada sobre los procedimientos que le realizarían, mientras que al 65.6 por ciento le fueron realizados procedimientos médicos o quirúrgicos sin su consentimiento por escrito. Fue informada agresión física en 0.9 por ciento de los casos. Conclusión la mejor contribución que se puede hacer para enfrentar eficazmente el problema de la violencia contra la mujer, incluida la violencia obstétrica, es promover su prevención.<sup>5</sup>

Ayala Gutiérrez G. En el 2015 realizo un estudio en el Instituto Nacional Materno Perinatal de la ciudad de Lima, Perú, con el propósito de Determinar la calidad de atención del parto según la percepción de las usuarias. Se trata de un estudio observacional, descriptivo, corte transversal, en el que se aplicó un cuestionario tipo SERVPERF modificado a las puérperas inmediatas atendidas en el servicio de centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de Enero y Febrero de 2015. Se estudió 313 puérperas inmediatas. El 29.7 por ciento se encontraba entre los 25-29 años de edad y el 20.8 por ciento eran menores de 20 años. El 75.7 por ciento eran convivientes y el 59.1 por ciento había terminado la secundaria, El 69,6 por ciento se dedicaba a su casa, además el 46.3 por ciento era primigesta. Las preguntas más valoradas fueron acerca del acompañamiento de la pareja o familiar durante el parto, el permitir acariciar al recién nacido inmediatamente nace, y el confort. Todas las dimensiones correspondieron a un

grado de «satisfacción» siendo menos valorada la dimensión de respuesta rápida y la más valorada la dimensión de tangibles. La satisfacción global de las pacientes es de un 93.3 por ciento. Las usuarias atendidas en el centro obstétrico del INMP perciben su atención con un grado de satisfacción.<sup>6</sup>

Risco Villanueva M. 2019 realizo un estudio en el Hospital Leonicio Prado de Huamachuco en la ciudad de Trujillo, Perú. Este estudio tiene como objetivo determinar la violencia obstétrica durante la atención del parto, puerperio y si esta percibida por parte de las usuarias atendidas en el Hospital Leonicio Prado de Huamachuco durante los meses de Octubre-Diciembre. Estudio no experimental, transversal y descriptivo simple. La muestra estuvo conformada por 125 puérperas atendidas en Hospital Leonicio Prado de Huamachuco. La técnica de recolección de datos fueron la observación de campo y la encuesta y los instrumentos, una lista de chequeos y un cuestionario respectivamente. El 88 por ciento sufrió de violencia obstétrica durante el parto, y el 95.5 por ciento en el puerperio. El 12,8 por ciento de las usuarias percibió la violencia obstétrica durante el parto y el 4 por ciento durante el puerperio. El 33 por ciento de las usuarias sufrieron violencia obstétrica física durante la atención del puerperio y el 95.2 por ciento psicológica. Se evidencia que los indicadores de violencia obstétrica durante la atención del parto fueron en violencia física, en ponerle medicamentos sin decir para que eran 25.6 por ciento, la realización de episiotomía sin la explicación del procedimiento 14.4 por ciento, la realización de más de 5 tactos vaginales 11.2 por ciento y la realización de la ruptura prematura de la membrana sin explicación 9.6 por ciento más del 90 por ciento de usuarias sufrió de violencia obstétrica durante el parto, puerperio, pero esta no fue percibida en la gran mayoría.<sup>7</sup>

Morales Murga Y. 2019. Realizo un estudio en el Centro Materno Infantil del cono Norte y Sur de la ciudad Lima, Perú. El objetivo de esta investigación fue comparar la percepción de la calidad de atención del parto y violencia obstétrica en puérperas inmediatas del CMI del Cono Norte y Sur de Lima. Estudio observacional, transversal, descriptivo-comparativo. Se aplicaron dos cuestionarios SERVPERF a una muestra de 327 puérperas inmediatas 195 en el Norte y 132 en el Sur. El análisis estadístico se realizó en SPSS-24.0 los resultados la edad promedio del

puerperio en el sur fue de 26.3 y en el norte de 26.34 la paridad, escolaridad fueron similares en ambos establecimientos, los partos espontáneos fueron más frecuentes en el Norte 33.3 por ciento. La percepción global de la calidad de atención estuvo acentuada en la satisfacción moderada con 47.7 y 50.8 por ciento para Norte y Sur respectivamente. El 21 por ciento de puérperas del norte percibieron violencia obstétrica. Mientras que el sur obtuvo 18.2 por ciento. El CMI Cono Norte tuvo mayor insatisfacción en la dimensión empatía, seguridad y confianza 16, 10 y 18 por ciento respectivamente. El CMI Cono Sur presenta mayor trato deshumanizado 30.3 por ciento mientras que el Cono Norte tiene mayor violencia en la dimensión medicalización y patologización 56.4 por ciento. Conclusión más del 90 por ciento de las puérperas inmediatas de ambos establecimientos estuvieron satisfechos con la atención recibida. Además se observa una baja percepción de violencia obstétrica global por las puérperas inmediatas del Cono Norte y Sur de Lima.<sup>8</sup>

Martínez Palomino Br. 2017, realizó un estudio en el Hospital Regional de Ayacucho, Perú. Con el objetivo de determinar la característica general de la violencia obstétrica en el trabajo de parto de usuarias atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. En un estudio descriptivo, transversal sobre una muestra no probabilística concurrente de 126 puérperas con parto eutócico atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho entre los meses de marzo y abril del 2015 de una población de 188. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento, el cuestionario de violencia obstétrica. El análisis estadístico fue descriptivo con la aplicación de software IBM-SPSS versión 23.0. Los resultados describen que el 26.6 por ciento manifestaron haber sufrido algún tipo de violencia por parte del personal de la salud, el 94 por ciento reporta gritos, 4 por ciento reporta insultos, y el 2 golpes tipos nalgadas. El 20 por ciento reportaron decepción con el servicio de salud y el 38 por ciento identificaron como responsable al personal técnico de enfermería, 32 por ciento a las obstetras. En conclusión una de cada cuatro reportaron violencia obstétrica.<sup>9</sup>

### I.1.2 Antecedentes nacionales.

Arachu C, Virginia S.2015, realizo un estudio en dos de las principales maternidades de la Republica Dominicana con el objetivo de determinar la percepción de la violencia obstétrica según su definición, la técnica de recolección de datos fue la encuesta y consto de una muestra de 43 participantes. Los resultados muestran que el 34,8 por ciento sufrió de abuso verbal, asimismo muestra que 81 por ciento expresaron que una experiencia positiva a pesar que 29 pacientes reconocieron haber tenido algún problema. En conclusión la violencia obstétrica su forma más frecuentes es la violencia verbal y esta es presentada en 1 de cada tres mujeres durante la atención al parto<sup>10</sup>.

## I.2 Justificación

La relevancia de esta investigación surge en que es un tema poco estudiado en la Republica Dominicana, con el fin de socializarlo y profundizar en el, así mismo de generar mayor conocimiento y de crear conciencia en los profesionales de la salud y todo el personal involucrado en esta área. Por lo cual este estudio se presenta ante la necesidad de que las personas conozcan, identifiquen y entiendan el concepto de <<Violencia Obstétrica>>, ya que a medida que han pasado los años ha sido una problemática que ha ido en ascenso.

Una de las grandes importancias del estudio es ofrecer la información optima de cómo se puede presentar la violencia obstétrica, para que así las personas no piensen que es una situación que debe ser presentada durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según la Organización mundial de la salud (OMS) todas las mujeres tienen derecho a recibir una atención de calidad y con calidez durante la atención del embarazo, parto y puerperio; y a no sufrir violencia y discriminación. Es por ello que el maltrato, la falta de respeto viola los derechos humanos fundamentales de las mujeres, que están descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos, y que a través del tiempo se han mejorado y creado nuevas propuestas, normas y leyes que nos garantizan una mejora en la salud materna y perinatal, y que penan la violencia obstétrica.<sup>3</sup>

Durante la atención al parto y la del puerperio, la vulneración de los derechos de las mujeres van desde llamadas de atención, burlas, insultos, amenazas, humillaciones, cambiar y alterar la información, negar un tratamiento, no referir a tiempo, el no brindarle la atención personalizada y oportuna, el mostrarse indiferente con sus deseos, no consultarle o informarle sobre las decisiones que se van tomando la evolución de su labor de parto y puerperio<sup>2</sup>.

La violencia obstétrica ha sido definida en distintos cuerpos normativos Latinoamericanos, como; aquella que ejerce el personal de la salud sobre el cuerpo y procesos reproductivos de la mujer, expresado en un trato deshumanizado, un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales. Distintos actores relacionados con la atención y cuidado del embarazo, parto y puerperio se encuentran en el debate público produciendo distintos discursos en cómo entenderlo y enfrentarlo.

Cuáles son las formas y los mecanismos clínicos de la violencia obstétrica?



### **III.OBJETIVOS**

#### III.1. General

1. Determinar las diferentes formas de violencia obstétrica durante la atención del parto

#### III.2. Específicos:

- 1- Analizar los tipos de violencia obstétrica más frecuente durante la atención al parto.
- 2- Conocer las intervenciones innecesarias que ocurren durante el parto.
- 3- Presentar la Violencia Obstétrica como una violación de los derechos humanos.

## **IV. MARCO TEÓRICO**

### IV.1. Violencia obstétrica

#### IV.1.1. Definición

El sistema de salud y sus profesionales son entendidos como quienes reparan el daño que ocasiona la violencia, pero nunca como posibles perpetradores de esta. En este sentido es fundamental analizar diversas maneras en el que el ejercicio del poder en el ámbito sanitario desencadenan diversos tipos de maltratos; violencia física, psicológica verbal o simbólica, entre otras. Se tratan de violencias estructurales encubiertas, invisibles o invisibilizadas, normalizadas y naturalizadas que en su ejercicio degradan tanto a quienes las ejecutan, como a quienes las reciben<sup>11</sup>.

La Organización de las naciones unidas (ONU) en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, misma que define como: «el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y posparto». La violencia obstétrica es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género.<sup>12</sup>

Durante la atención al embarazo y parto, se da una relación en la que se niegan determinados derechos fundamentales a la parturienta. No existen propuestas alternativas, la adecuada información o la toma de decisiones conjuntas en lo relacionado con las técnicas diagnósticas realizadas, los fármacos utilizados durante el proceso de parto o los posibles efectos adversos derivados de las

diversas actuaciones médicas. Según este modelo, estas actuaciones medicas están consideradas propias de un tipo de violencia denominada «violencia obstétrica». Sin embargo, ¿Qué es la violencia obstétrica?<sup>13</sup>

La violencia pese a que no existe una definición ampliamente aceptada por los estudiosos suele conceptualizarse de manera restringida como el uso de la fuerza para causar daño a alguien. La violencia es el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que de forma deliberada provocan, o amenazan con hacer un daño o sometimiento grave (físico o psicológico) a un individuo o colectivo,

La Organización mundial de la salud (OMS) define el concepto de violencia como el uso intencionado de la fuerza o el poder físico como amenaza contra uno mismo, un individuo o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones<sup>14</sup>.

Según los elementos de investigación de Quevedo, se entiende como violencia contra la mujer toda agresión física, sexual o psicológica que tenga lugar dentro de la unidad doméstica y en la comunidad, y que sea perpetrada por cualquier persona. Con base en lo presentado hasta este punto es posible relacionar la violencia contra la mujer con algunas prácticas ejercidas por el personal asistencial de los servicios de obstetricia, durante la atención a mujeres en situaciones de parto u aborto, que pueden ser consideradas como formas de violencia contra la mujer.

El primer país que ha reconocido la violencia obstétrica como concepto legal ha sido Venezuela. En la ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, publicada en el 19 de marzo del 2007, se define como «Violencia obstétrica» a la apropiación del cuerpo u procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de la salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizado, en un abuso de medicalización y medicalización de los procesos naturales, trayendo perdida de la autonomía y de la capacidad de decidir<sup>15</sup>.

De acuerdo con Medina, la violencia obstétrica se define como la serie de acciones realizadas por el personal de salud que perjudica los procesos reproductivos y el cuerpo de la mujer<sup>16</sup>.

Conducta, acción u omisión que ejerza el personal de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto y puerperio.<sup>17</sup>

El maltrato, negligencia o la falta de respeto en el parto es una violación de los derechos humanos, descrito en las normas y los principios internacionales de derechos humanos.<sup>17</sup>

La violencia sea de orden físico, emocional o simbólico, es producto de alto grado de sufrimiento siendo, a veces, presentada de una manera tan sutil que es difícil verla y, por lo tanto, dar mayor realce a este tema. Por esta realidad, es necesario entender el significado de la VIOLENCIA OBSTETRICA , pero esto no es tarea fácil debido a los numerosos conceptos que surgieron con los años. Uno de ellos presente en la legislación de Venezuela, pionera en América Latina en volver la violencia obstétrica en ilegal<sup>18</sup>.

Durante la atención al embarazo y parto, se da una relación en la que se niegan determinados derechos fundamentales a la parturienta. No existen propuestas alternativas, la adecuada información o la toma de decisiones conjuntas en lo relacionado con las técnicas diagnósticas realizadas, los fármacos utilizados durante el proceso de parto o los posibles efectos adversos derivados de las diversas actuaciones médicas. Según este modelo, estas actuaciones medicas están consideradas propias de un tipo de violencia denominada «violencia obstétrica». Sin embargo, ¿Qué es la violencia obstétrica?<sup>13</sup>

#### IV.1.2. Violencia obstétrica.

En América Latina en la década pasada, se introduce un nuevo término legal para fomentar el ejercicio de los derechos reproductivos y para proteger a las mujeres contra la intervención innecesaria <<violencia obstétrica>>. El concepto

se refiere a actos en contexto del parto y del nacimiento categorizados como violencia física o psicológica debido a la utilización injustificada de las intervenciones médicas. Además de ser considerada una violencia institucional y una violación de los derechos humanos relacionados con la salud y con la salud reproductiva, este tipo de violencia se considera basada en el género: una forma de violencia contra las mujeres dentro de un marco de subordinación y discriminación<sup>19</sup>.

A pesar de la evidencia que sugiere que es frecuente lo antedicho, no existe en la actualidad un consenso internacional sobre cómo definir y medir científicamente el maltrato y la falta de respeto. Se desconoce su prevalencia e impacto en la salud, el bienestar y las elecciones de las mujeres.<sup>17</sup>

Las experiencias se conceptualizan como sucesos de personas o grupos sociales que viven o han vivido, presentes en la conciencia de éstos y que producen un contacto con emociones, cogniciones, valoraciones y deseos. Se organizan a través del lenguaje, siendo un producto y también un proceso histórico y cultural que forma expresiones, relatos, narrativas, dramas sociales y realizaciones culturales que se muestran y se comunican, es decir, se hacen públicas.<sup>20</sup>

La violencia obstétrica es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen tanto la violencia institucional como la violencia de género. Es una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se produce en el ámbito del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, expresada en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, disminuyendo la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre los procesos reproductivos de las mujeres.<sup>20</sup>

Según Villanueva-Egan, las manifestaciones de violencia obstétrica pueden abarcar desde: Regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros

servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultar o informar a las mujeres sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo inadecuado del dolor durante el trabajo de parto así como castigo y la coacción para obtener su «consentimiento», hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos.<sup>20</sup>

Otra manifestación de este tipo de violencia es no respetar los tiempos ni las posibilidades del parto biológico. A nivel psicológico incluye el trato grosero, discriminación, humillación cuando se pide asesoramiento o se requiere atención en el transcurso de una práctica obstétrica, comprendiendo también la omisión de información sobre la evolución de su parto, del estado de salud de su hijo/a y que no se le permita a la mujer ser partícipe de las diversas actuaciones de los funcionarios de la salud. También se consideran prácticas no recomendables la realización de episiotomía, rasurado, monitoreo fetal y enema como prácticas de rutina.<sup>20</sup>

En la Declaración de las Naciones Unidas (1993), se define como violencia hacia la mujer: «Cualquier acto de violencia basado en el género que posiblemente resulte en daños o sufrimientos físicos, sexuales o psicológicos de la mujer, incluyendo amenazas de cometer dichos actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea en la vida pública o privada».<sup>17</sup>

Podríamos enmarcar la violencia obstétrica como un tipo más de violencia de género arraigada en las prácticas institucionales del sistema de salud. La violencia obstétrica como producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud, es un tipo de violación a los derechos sexuales y reproductivos hasta ahora muy poco problematizado e invisibilizado (Magnone Alemán).<sup>17</sup>

Se trata de un modelo altamente jerárquico, misógino, en el que la autoridad y el poder está en manos del médico, y quien demanda su asistencia sanitaria, la paciente adopta la posición de «sujeto pasivo», carente de autonomía.<sup>21</sup>

Hasta la fecha, los países que sancionaron leyes que contemplen la violencia obstétrica radican todos en América Latina; existen leyes específicas contra la violencia obstétrica en países como Venezuela(2007), Argentina(2009), México(2014), Brasil(2017) y Uruguay(2017)<sup>19</sup>

#### IV.1.2.1. Tipos de violencia obstétrica.

Se ha demostrado científicamente que existen algunas importantes complicaciones obstétricas que sufre la mujer y el exceso de intervenciones, y la posición de inferioridad que estas adoptan en el momento del parto. Esto implica que en las mujeres genera consecuencias aparentemente evitables y que continúan vulnerando sus derechos, además de convertirse en una transgresión física<sup>16</sup>,

Una de las practicas que más se ejecutan sin información a la paciente o aparentemente injustificables son las episiotomías y las cesáreas, esta última puede implicar a una mayor administración de medicamentos posparto, aumento de la morbilidad materna además de las complicaciones derivadas de las cirugías abdominales. En cuanto a las episiotomías se podrían implicar la incontinencia urinaria o fecal y dolor durante las relaciones sexuales<sup>16</sup>.

Finalmente esto hace que el parto no sea la mejor experiencia para la mujer. Esto usualmente suele dejar frutos negativos en la percepción de las mujeres y sus familias de este momento por falta de cuidados, acciones, omisiones, maltratos traducido en una falta de atención integral que llega incluso a generar irritabilidad o pesadillas en su diario vivir, así como la comunicación negativa a los demás de su mala experiencia, y como consecuencia final mala imagen para las instituciones de salud<sup>16</sup>.

Tomando a Graciela Medina en su artículo sobre «Violencia obstétrica» y a la información recogida por El Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos (de un proceso de investigación que comenzó en Junio de 2001) se clasifica a este tipo de violencia en:<sup>22</sup>

#### IV.1.2.1.1. Violencia obstétrica física

Se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico.<sup>22</sup>

#### IV.1.2.1.2. Violencia obstétrica psíquica

Incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Asimismo, comprende la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general.<sup>22</sup>

De este mismo estudio del Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos también surgió que las mujeres en sus consultas ginecológicas u obstétricas habían sido víctimas de:<sup>22</sup>

- Vulneración del Derecho a la Intimidad por la intromisión no consentida en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales. En múltiples ocasiones las mujeres son revisadas por un médico y un grupo de practicantes y estudiantes, sin ninguna explicación, ni respeto por su pudor y sin ser consultadas sobre si están de acuerdo en ser escrutadas, palpadas, e investigadas, en lugares sin ningún tipo de privacidad por múltiples personas. Quienes además muchas veces realizan comentarios burlescos entre ellos.<sup>22</sup>
- Violación del Derecho a la Información y a la toma de Decisiones. A las pacientes se les realizan prácticas en muchos casos sin previa consulta, en otras ocasiones sin que se le brinde información sobre el estado de su salud, ni sobre las características de las intervenciones que se le realizarán. En consecuencia, se le niega toda posibilidad de tomar decisiones alternativas, en algo tan íntimo y personal como es su salud, sexual y reproductiva.<sup>22</sup>
- Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes. Estos se producen por la insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y los malos tratos, sobre todo en las mujeres que



ingresan a los hospitales públicos con consecuencias de abortos inseguros, o con síntomas que generen tal sospecha, al personal de salud.<sup>22</sup>

Es importante que el obstetra brinde una atención con enfoque de humanización durante el parto, sobre todo durante la presencia del dolor.<sup>23</sup>

El dolor es una experiencia personal e intransferible, que hiere a nivel físico, emocional y moral. Habitualmente, se considera que el dolor es consecuencia de un desorden orgánico, sin embargo, no es así en el caso del dolor de parto, el cual está estrechamente relacionado con el desconocimiento en la gestante sobre lo que le sucede, su miedo, la angustia, los conflictos con su pareja o familia e incluso el temor por el abandono o inclusive el maltrato del personal de salud, cuando este último es insensible y poco profesional.<sup>23</sup>

Con la finalidad de transformar la atención a las mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar, la Organización mundial de la salud (OMS), elaboró recomendaciones para los cuidados durante el parto y hacer de éste una experiencia positiva, definida como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer para asegurar una atención de alta calidad en el parto y mejores resultados centrados en la mujer y en el bebé para que alcancen su potencial de salud y de vida, y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina.<sup>23</sup>

#### IV.1.3. Medicalización rutinaria del parto:

La Organización Mundial de la Salud lo define como aquel que aun habiéndose iniciado de forma espontánea, es manejado para acortar su duración con Oxitocina sintética y con la práctica de rotura artificial de membranas.<sup>24</sup>

Importantes avances y descubrimientos en el terreno de la ginecología y la obstetricia, cuya propósito era la de solucionar problemas concretos se han vuelto en contra de las mujeres y sus hijos al utilizarse de manera inoportuna, infundada y por rutina para cumplir con determinados protocolos hospitalarios. Es a esto a lo que nos referimos cuando hablamos de «Cascada de intervenciones» que medicalizan innecesariamente el transcurso del parto normal.<sup>24</sup>

Este tipo de atención produce un aumento absurdo del número de cesáreas y partos traumáticos (inducciones, extracciones instrumentales, episiotomías) y el ingreso de bebés en unidades neonatales sin mejorar la mortalidad y aumentando la morbilidad materno-infantil. Es decir que hace correr graves riesgos a las mujeres y a sus bebés, además de suponer el despilfarro de una gran cantidad de dinero, pues se invierten en partos normales y sin riesgo unos recursos totalmente innecesarios y en la mayoría de los casos desacertados. Se estima que sólo el 10 por ciento de las intervenciones obstétricas que se realizan regularmente en España están basadas en la evidencia científica. El 90 por ciento restante, por tanto, tiene el potencial de causar daño sin beneficios justificados.<sup>24</sup>

Actualmente vivimos en una sociedad en la que el modelo sanitario dominante es el conocido como BIOMEDICO. Dicho modelo defiende la idea de que «existe un tratamiento para todo» incluso para aquellos procesos biológicos como el embarazo y el parto que son abordados como si fueran patologías y que, por tanto, debe ser tratado y supervisados por profesionales de la salud sanitaria.<sup>21</sup>

#### IV.1.3.1. Consecuencias negativas de la excesiva medicalización del parto:

Tanto las cesáreas como los partos instrumentales dejan secuelas físicas y psicológicas perdurables, de distinta gravedad en las madres, como depresión y SEPT (Síndrome de Estrés Postraumático) posparto que pueden afectar las relaciones sexuales de la mujer e incluso a sus relaciones familiares, además de reducir su fertilidad.<sup>24</sup>

Los trastornos ocurridos en el comienzo de la vida pueden tener una influencia posterior negativa en el desarrollo emocional, físico e intelectual de los niños.

Los partos traumáticos y la separación madre-hijo perjudican la lactancia materna y el establecimiento del vínculo afectivo.<sup>24</sup>

#### IV.1.4. El parto:

El parto es un acontecimiento que se presta a la sobre medicalización, desde el momento en que los médicos empezaron a ocuparse de los nacimientos y las

mujeres y sus familias se muestran dispuestas a seguir sus consejos cuando les recomiendan intervenciones presentadas como importantes para la vida de la madre y el niño.<sup>25</sup>

Es indudable que muchos procedimientos médicos salvan vidas y son precisos, pero las intervenciones innecesarias pueden provocar gratuitamente daños y gastos, y pueden tener graves consecuencias. En particular, en los partos se abusa de cuatro intervenciones: la cesárea, la episiotomía, la rotura artificial de membranas y la aplicación de oxitócica.<sup>25</sup>

**Maniobra de Kristeller:** Entre las maniobras usadas en la segunda etapa del parto, la maniobra de Kristeller es una de las más controvertidas. La prevalencia de su uso es desconocida. Es preciso conocer si existe alguna justificación actual para su utilización. La maniobra de Kristeller, realizada mediante el cinturón inflable, no incrementa la tasa de partos vaginales espontáneos ni reduce la tasa de parto instrumental. La maniobra de Kristeller es ineficaz en la reducción de la duración de la segunda etapa del trabajo.<sup>26</sup>

**Cesáreas Innecesarias:** La tasa de partos por cesárea está en aumento en todo el mundo, una intervención que conlleva peligros y que se justifica en determinados casos, cuando salva vidas, como en caso de parto obstruido u otras indicaciones. Pero conlleva riesgos y puede ser causa de morbilidad de por sí, aparte de generar gastos.

La tasa elevada de partos por cesárea parece haberse extendido al mundo, dicha tasa en las zonas urbanas de la mayoría de los países supera con creces el 10 por ciento, y en las zonas rurales también está en aumento. Eso significa que en muchos países la mayoría de esas intervenciones se llevan a cabo por motivos que no son médicos y sin claros beneficios para la salud.<sup>27</sup>

En muchos países ricos esas intervenciones innecesarias conllevan pocos riesgos, pero en otros lugares las posibilidades de provocar consecuencias negativas para el lactante y la madre son muy reales. Además, recurrir a la cesárea cuando no es necesario puede suponer una desviación de los escasos recursos

disponibles en los lugares en que muchas mujeres no tienen opción a una cesárea cuando su vida está en peligro.<sup>27</sup>

**Episiotomías Innecesarias:** La episiotomía es el corte o incisión quirúrgica realizada en la zona del perineo de la mujer con el que se consigue ampliar el canal del parto en la zona más externa para lograr que el bebé salga antes. Esta intervención se practica de forma sistemática sin que existan pruebas sólidas de que proteja el perineo, y se asocia a un riesgo mayor de transmisión del VIH, traumatismos y desgarros perineales y dispareunia. La Organización mundial de la salud (OMS) recomienda unas tasas de episiotomía de entre el 10 por ciento y el 20 por ciento.<sup>27</sup>

**Rotura Artificial De Membranas:** Tampoco hay pruebas científicas de que la rotura artificial de membranas o amniotomía precoz de rutina sea útil en las mujeres en que el trabajo de parto evoluciona con normalidad; en cambio, aumenta el riesgo de sufrimiento fetal y transmisión del VIH.<sup>27</sup>

Hay estudios que desaconsejan una política de práctica sistemática de la amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto en primigrávidas o multíparas. Al contrario, sugieren que la amniotomía puede aumentar la necesidad de otras intervenciones como la cesárea.<sup>27</sup>

**Oxitocina Artificial:** También se hace un uso excesivo de la Oxitocina artificial en los partos. La Oxitocina hace que las contracciones sean más frecuentes y más intensas. Se utiliza para inducir un parto y para acelerar la dilatación.<sup>27</sup>

Según la Organización mundial de la salud (OMS) la Oxitocina tiene efectos beneficiosos en indicaciones bien precisas, determinadas mediante la vigilancia del trabajo de parto con el partograma. Resulta útil en la tercera fase del trabajo de parto para reducir la hemorragia posparto. Pero su uso rutinario no está justificado. El uso de la Oxitocina es cada vez más común en lugares en que la supervisión médica durante el parto es mínima y los partogramas no se usan o incluso se desconocen. El uso indebido de la Oxitocina, sobre todo cuando no hay supervisión

médica, puede provocar sufrimiento fetal, mortinatalidad, ruptura uterina y muerte de la madre.<sup>27</sup>

#### IV.1.5. Violencia obstétrica como violación a los derechos humanos

La dignidad es una propiedad inherente de la persona al ser un fin en sí mismo y no solo un medio, y es en la autonomía en donde reside el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana. Actualmente se considera que la forma de hacer objetiva la no violación de la dignidad es a través de los derechos humanos. Es imposible sostener los derechos humanos sin el concepto de dignidad humana como fundamento, pues los derechos humanos son exigencias éticas de ella<sup>28</sup>.

Articular el que hacer médico con los derechos del paciente, la equidad ética y de género para, desde el ámbito de la salud contribuir a desmontar las desigualdades que condicionan el reparto de los bienes y accesos de los que depende la calidad de vida.

Dentro de los servicios de salud el trato digno a los usuarios debe ser prioritario y reflejar: respeto a los derechos humanos y reconocimiento a las características individuales de la persona; información completa, veraz y susceptible de entender por parte del paciente y sus familiares. El personal de salud debe recordar que el paciente es un fin en sí mismo por lo que nunca se debe instrumentalizar, como cuando no se le hace participe en la toma de decisiones sobre lo que se pretende realizar en su cuerpo<sup>28</sup>.

El principio de beneficencia obliga al ginecoobstetra a buscar a través de un juicio clínico riguroso el mejor balance de beneficios sobre riesgos de las diversas alternativa medicamente razonables para el manejo del problema de la paciente. Sin embargo, es la paciente quien decidirá si las estrategias clínicas propuestas por el médico son consistentes con sus intereses y cuales no lo son. Este principio obliga al médico a respetar la integridad física y psicológica de la paciente y respetar sus creencias valores e intereses para implementar solo aquellas estrategias clínicas autorizadas por ella como resultado del proceso de consentimiento informado<sup>28</sup>.

En este sentido, resulta evidente que la violación del derecho a la salud en cualquiera de sus múltiples expresiones, como realización de procedimientos médicos sin la debida información y autorización de la paciente o los casos de violencia física, verbal o psicológica perpetrada por el personal de la salud en contra de las mujeres en trabajo de parto, está relacionada con violaciones de los derechos civiles y políticos<sup>28</sup>.

#### IV. 1.6. Atención materna respetuosa.

En lo consecuente de la atención a la salud materna, existen dos situaciones extremas: muy poca atención, demasiado tarde (TLTL, por sus siglas en inglés) y atención excesiva, demasiado pronto (TMTS, por sus siglas en inglés).<sup>29</sup>

El primer extremo se refiere a la atención proporcionada con recursos inadecuados, por debajo de lo estipulado en normas basadas en evidencia, o a los casos donde se niega la atención o no se le encuentra disponible sino hasta que resulta demasiado tarde. Se considera también un problema subyacente asociado a elevadas tasas de mortalidad y morbilidad maternas.<sup>29</sup>

El segundo extremo, TMTS, se refiere a la excesiva medicalización rutinaria de embarazos y nacimientos normales e incluye el uso de intervenciones no fundamentadas en evidencia, así como intervenciones que pueden salvar una vida si se utilizan adecuadamente, pero resultan dañinas si se emplean de manera rutinaria o excesiva.<sup>29</sup>

Con el aumento de nacimientos institucionales, se reconoce cada vez más que la atención tipo TMTS no sólo es perjudicial e incrementa los costos en el sector salud, sino que frecuentemente genera situaciones de abuso y de falta de respeto. Aunque TMTS se suele asociar a países de elevados ingresos y TLTL a países de ingresos medios o bajos, las desigualdades sociales y en materia de salud indican que ambos extremos coexisten en numerosos países. Por ello, se necesita urgentemente un enfoque global a la salud materna equitativa y de calidad, que favorezca la implementación de atención basada en el respeto y en evidencia para todas las personas.<sup>29</sup>

Tanto proveedores como sistemas de salud necesitan asegurar que todas las mujeres reciban atención de alta calidad, sustentada en evidencia, equitativa y

respetuosa. Se necesita ofrecer la cantidad correcta de atención en el momento apropiado y se debe proporcionar a manera de respetar, proteger y promover los derechos humanos.<sup>29</sup>

La deficiente calidad de la atención materna limita los beneficios de los resultados maternos y perinatales mejorados. La intensa promoción de nacimientos en centros de atención que carecen de personal, capacitación, infraestructura y suministros adecuados y que utilizan prácticas clínicas basadas en evidencia insuficiente, frecuentemente lleva como resultado la provisión de atención de baja calidad. A ese tipo de deficiencias se le conoce con el término «muy poca atención, demasiado tarde». Por el contrario, el rápido aumento en el uso de unidades de salud ha venido acompañado por la medicalización generalizada y excesiva del nacimiento, en particular en países de ingresos medios (MIC, por sus siglas en inglés). La medicalización exagerada, que se conoce como «atención excesiva, demasiado pronto», podría contrarrestar los beneficios generados por las mejoras en salud materna y perinatal. Tanto TLTL como TMTS representan el aspecto de atención clínica de la creciente diversidad y divergencia observadas en salud materna.<sup>29</sup>

La atención materna basada en evidencia que se ofrece en unidades de salud debería ser humana y digna y brindarse respetando los derechos fundamentales de las mujeres. Las organizaciones internacionales de salud materna resaltan cada día más la importancia de dicho enfoque, conocido como atención materna respetuosa. Mediante una revisión sistemática de la serie Midwifery publicada por The Lancet, se encontró que las mujeres valoran no sólo las intervenciones clínicas apropiadas sino la provisión oportuna de información y apoyo relevantes que les permita preservar la dignidad y el control. La aplicación respetuosa de medidas fundamentadas en evidencia que atiendan las necesidades individuales, culturales, personales y de carácter médico de las mujeres resulta esencial para el acceso universal a una atención materna de calidad.<sup>29</sup>

La necesidad de promover y garantizar una atención materna respetuosa se ha derivado del hecho de reconocer el maltrato, el abuso, la falta de respeto y el descuido que sufren las mujeres que dan a luz en centros de salud. Existe una

estrecha relación entre el maltrato y la calidad de la atención clínica: existe la posibilidad de que muchas de las mujeres que experimentaron falta de respeto y abuso en la infancia reciban también atención clínica que no cumple con estándares adecuados. Por otra parte, las mujeres que reciben maltratos de personal obstétrico tienen menos probabilidades de acudir a tales servicios en el futuro. La provisión garantizada de atención materna respetuosa requiere también del respeto y el apoyo a proveedores, mujeres y familias. Se necesita que el uso de medidas basadas en evidencia para abordar las necesidades de TMTS y TLTL se combine con esfuerzos que aseguren que el respeto y la dignidad forman parte esencial de la atención de buena calidad que las mujeres deben recibir a lo largo del embarazo, el alumbramiento y periodo posparto. Dichos esfuerzos se deben ver reflejados en la unidad y los sistemas de salud, así como en medidas estipuladas.<sup>18</sup>

Por ejemplo, un indicador de atención respetuosa y basada en evidencia consiste en permitir y motivar que a las mujeres en trabajo de parto las acompañe alguna persona de su elección durante el nacimiento, acción que ha demostrado mejorar los resultados de salud materna y del recién nacido y que recomienda ampliamente la Organización mundial de la salud (OMS).<sup>29</sup>

Cabe señalar que la atención médica debe entenderse como la atención que proporcionan todos aquellos que intervienen en la atención en los servicios de salud a los usuarios, de manera que el término «médica» no solo se refiere al ejercicio profesional de los médicos; por ende, incluye el ejercicio profesional de los obstetras y demás personal. De igual manera, cuando se habla de «usuarios» no se refiere únicamente a las pacientes sino también a sus acompañantes.<sup>23</sup>

La calidad se valora con la insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de salud con los servicios de salud. Los usuarios se quejan de maltrato, falta de comunicación e inadecuadas instalaciones de salud, mientras que los profesionales y trabajadores de salud sufren de desmotivación, sobrecarga de trabajo, lo que contribuye aún más al deterioro del servicio prestado no garantizando una atención de calidad.<sup>23</sup>



#### IV.1.7. Parto humanizado.

La atención del parto humanizado consiste en brindar un cuidado integral, a partir de un conjunto de acciones encaminadas a una experiencia satisfactoria durante el trabajo de parto y parto. Estas actividades incluyen ofrecer un trato digno y respetuoso, que aborde lo sociocultural, emocional, y autonomía corporal, dándoles a las mujeres empoderamiento durante la atención, además, de evitar las intervenciones médicas y farmacológicas innecesarias. Estas acciones se fundamentan en el hecho de que durante el embarazo se presentan diferentes cambios anatómicos, fisiológicos y endocrinos, y que van a tener dos propósitos fundamentales, por un lado, preparan a la mujer para el trabajo de parto y parto, protegiendo y conservando su vida, y segundo, garantizando el adecuado desarrollo y crecimiento de su bebe.<sup>30</sup>

La práctica basada en la evidencia, pone al descubierto que el uso inapropiado de estos procedimientos y tecnologías durante el parto, lejos de garantizar la seguridad, ocasiona iatrogenia, aumentando la proporción de cesáreas e instrumentación del parto, obstaculizando que se constituya un buen vínculo madre e hijo. Por tanto, se deben tener en cuenta las recomendaciones de la Organización mundial de la salud (OMS), que promueven prácticas que con base científica han demostrado evidentemente ser útiles y seguras.<sup>30</sup>

En la actualidad un gran número de mujeres a nivel mundial deben soportar un trato descortés, intolerante, humillante hasta negligente durante la atención, situación que las desmotiva significativamente, y aun no se ha concientizado en su totalidad al personal de salud sobre los cuidados y el trato adecuado que debe tenerse presente tanto en los controles prenatales, como en el momento del parto y el posparto, que permita comprender la vulnerabilidad física y mental durante esa etapa de sus vidas. En la investigación que realizó la Organización mundial de la salud (OMS) sobre «Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud». Se evidenció que el personal de salud se caracterizó por dar un mal trato tanto físico como psicológico,

constantes humillaciones, descuido en la administración de analgésicos, falta de información al momento de diligenciar el consentimiento informado, desinterés por el estado de salud de la paciente y rechazo en las admisiones a centros de salud debido a su situación económica. Infortunadamente este es uno de los grandes obstáculos que se presentan al momento de ofrecer una atención con calidad y calidez para poder brindar un cuidado humanizado.<sup>30</sup>

Es por esto que la Organización mundial de la salud (OMS) insiste en que «El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos».<sup>30</sup>

Para las usuarias es fácil comprender el concepto de violencia obstétrica. Nombrarlo puede facilitar que muchas mujeres revelen sus traumas de parto como primer paso para su recuperación emocional. Conseguir que los profesionales comprendan en profundidad la violencia obstétrica parece crucial, ya que esta puede ser consecuencia de la medicalización extrema del parto , que también conlleva una negación. Las razones que llevan al profesional que atiende los partos a cometer la violencia obstétrica pueden ser varios, entre ellos<sup>4</sup>:

- a) La falta de formación y de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto.
- b) El propio trauma no resuelto.
- c) Los profesionales de la salud que tienen un síndrome de burnout generan un trato aún más deshumanizado por lo cual la cifra de mujeres que sufren partos traumáticos pueden seguir subiendo indefinidamente.

#### IV.1.8. Prevención

IV.1.8.1 Momentos asociados al proceso reproductivo y los roles que deben de cumplir el personal de salud encargado de asistir el proceso de gestación, parto y posparto.<sup>13</sup>

#### IV.1.8.1.1. Atención prenatal.

Atención integral multidisciplinaria hacia la mujer embarazada, con integración de un acompañante significativo. Incluye controles prenatales y talleres prenatales. El personal de salud debe propiciar que la mujer se encuentre con su acompañante, acogiéndolos empáticamente. Además, deben realizar diagnóstico de la condición fetal y estado de la gestación y evaluar posibles riesgos a nivel biomédico, psicosocial, familiar y laboral.<sup>20</sup>

#### IV.1.8.1.2. Atención de trabajo de parto y parto fisiológico

Implica la recepción de la gestante en la unidad de urgencia maternal con el fin de diagnosticar el trabajo de parto y parto para decidir si se efectuará el ingreso al centro hospitalario, abordando eventuales complicaciones y solicitando una evaluación médica de ser necesario. Debe incluirse un acompañante (pareja u otro familiar significativo), a quienes se les debe entregar en forma clara y oportuna información sobre el estado de salud de la mujer y de su hijo/a por nacer, junto con los procedimientos asociados a admisión en urgencias. El personal de salud debe generar un espacio de intimidad y seguridad en el trabajo de parto y brindar acompañamiento y apoyo psicoafectivo a la mujer y su acompañante, promoviendo una comunicación adecuada con el personal de salud, que haga partícipes a los acompañantes de las decisiones a tomar al evaluar la intensidad y tolerancia al dolor de la mujer. Por otra parte, el médico no debe intervenir acelerando el parto si el proceso fisiológico de la mujer evoluciona sin mayores complicaciones, evitando la posición de litotomía para respetar el reflejo de expulsión fetal y no realizar episiotomía de rutina a menos que se considere necesario.<sup>20</sup>

#### IV.1.8.1.3. Apego precoz.

Corresponde al fomento del vínculo afectivo entre el recién nacido y la madre. Comprende el apoyo a la madre y su pareja en el inicio de la crianza, favoreciendo conductas que promuevan la formación de un apego seguro. Los funcionarios de salud deben promover la interacción de los padres con su hijo/a y la participación

un acompañante (pareja u otro familiar significativo) en el apego, además de brindar atención inmediata al recién nacido, controlando los signos vitales de la mujer en el puerperio y posparto.<sup>20</sup>

#### IV.1.8.1.4. Atención integral durante el posparto.

El puerperio es la primera etapa del posparto, en la cual la mujer necesita adaptarse a los cambios físicos, psicológicos, sociales que involucra esta etapa, incluyendo el inicio de la lactancia materna. Comienza con la salida de la placenta hasta la regularización de la menstruación de la madre y se subdivide en puerperio inmediato, mediato y tardío. En esta etapa se llevan a cabo controles a la madre y al lactante, acogiendo empáticamente sus inquietudes y reforzando conductas adecuadas en la relación con el lactante.<sup>20</sup>

#### IV.1.9. Posparto.

Período posterior al parto de duración variable (seis a 12 meses). Este período es esencial para la recuperación de la madre y para promover prácticas que permitan establecer un vínculo de apego seguro. El personal de salud debe educar respecto del auto cuidado de la mujer con la participación de un acompañante; orientar acerca de la sexualidad en el posparto y respecto a los métodos anticonceptivos adecuados para este periodo.<sup>20</sup>

#### IV.1.10. Satisfacción.

Marquet, Palmer, afirma que la satisfacción es el resultado final de la totalidad de la atención que recibe la paciente. Estas percepciones subjetivas, acompañadas de sus expectativas previas, que cambian con relación a sus experiencias anteriores y su estado de ánimo configuran su impresión de calidad de servicio.<sup>23</sup>

La satisfacción de la paciente depende de la resolución de sus problemas, del resultado del cuidado según sus expectativas, del trato personal que recibieron y del grado de oportunidad y de amabilidad con el cual el servicio fue brindado. La paciente se enfrenta, generalmente, a un medio desconocido y a situaciones en

las que no desearía estar. Por ello todos los factores que podrían contribuir a proporcionar una óptima atención de salud, deben ser considerados y de esta forma facilitar la adecuada adaptación al entorno hospitalario.<sup>23</sup>

Cabello E., define la satisfacción como «La medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplan con las expectativas del usuario», se refiere a tres aspectos organizativos diferentes: tiempo de espera, ambiente y atención recibida, los cuales repercuten en el estado de salud del usuario y esto es desde el momento que ingresa a un hospital hasta el día de su egreso o alta.<sup>22</sup>

Es así como la satisfacción es un valioso indicador de los éxitos y fracasos de todo sistema de salud e instituciones. Además, al ser experimentada por la población, refuerza la confianza que ésta siente hacia el sistema de salud e incrementa el grado de cooperación y su participación activa.<sup>22</sup>

#### I.V.1.11 Percepción de las usuarias acerca de la violencia obstétrica

Muchas veces las parturientas piensan que su cuerpo requiere del apoyo de la tecnología para poder parir. Por este motivo, consideran que el elevado número de intervenciones a las que se ven sometidas durante su proceso de parto, es algo normal y natural, aun desconociendo las consecuencias que dichas actuaciones pueden producir en sus cuerpos. El hecho de que las mujeres vean estos comportamientos como normales justifica uno de los motivos por los cuales la violencia obstétrica aún permanece invisibilizada. En muchas ocasiones, las mujeres consideran que recibir una atención poco respetuosa por parte de los profesionales sanitarios, es el precio que se tiene que pagar por beneficiarse de servicios de salud gratuitos. En estos casos, también influye el hecho de que las mujeres puedan estar acostumbradas a recibir una atención inadecuada y no ser vista como tal por ellas. Por otra parte, la excesiva confianza en la medicina y, en los profesionales que la ejercen así como la falta de información con la que parten las mujeres, son otras causas que justifican que este tipo de violencia permanezca enmascarada. Uno de los principales temores de la mujer en el momento del parto es el miedo a experimentar dolor. Por este motivo, algunos artículos consultados demuestran que las mujeres, si les dieran opción a elegir, optarían por tener un

parto medicalizado. Sin embargo, muchas de ellas desconocen las complicaciones que por ejemplo, la inducción al parto, una cesárea o una episiotomía pueden tener<sup>32</sup>.

Si las mujeres conociesen dicha información, se replantearían cambiar de opción, y es que el concepto que ellas poseen sobre tener un parto medicalizado, no se ajusta del todo a la realidad pues carecen de información relevante. En los casos en los que la mujer experimenta una situación realmente traumática durante su asistencia al parto, reconocen haber sido tratadas de forma autoritaria, sin incluirlas en la toma de decisiones, ignorando sus opiniones. Consideran que no se les ha respetado como personas, llegando a recibir una atención deshumanizada y poco respetuosa. Algunos estudios consultados revelan cómo en estas situaciones, las mujeres llegan a ser capaces de aceptar ciertas intervenciones médicas con el objetivo de finalizar cuanto antes el trauma por el que están pasando, el parto. Diversos estudios consultados demuestran que la mayor parte de las mujeres no conocen sus derechos, ni saben cómo ejercerlos. La mayoría de las parturientas no conoce el término de violencia obstétrica, ni tampoco los mecanismos regulares para denunciar sus experiencias<sup>32</sup>.

#### IV.1.12. Recomendaciones según la Organización mundial de la salud (OMS).

Con la finalidad de transformar la atención a las mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar, la Organización mundial de la salud (OMS), elaboró recomendaciones para los cuidados durante el parto y hacer de éste una experiencia positiva, definida como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer para asegurar una atención de alta calidad en el parto y mejores resultados centrados en la mujer y en el bebé para que alcancen su potencial de salud y de vida, y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina.<sup>22</sup>

Se deben tener en cuenta las recomendaciones de la Organización mundial de la salud (OMS), que promueven prácticas que con base científica han demostrado

evidentemente ser útiles y seguras para una experiencia positiva, lo que incluye por ejemplo:<sup>25</sup>

- Elaboración de un plan personal que determine donde y por quien será atendido el parto, realizado con la mujer durante el embarazo, dando a conocer a su esposo o pareja, y si procede a su familia.<sup>17</sup>
- Permitir que las mujeres tomen decisiones acerca de su cuidado.<sup>17</sup>
- Acompañamiento continuo durante el trabajo de parto y parto.<sup>17</sup>
- Brindar a las mujeres información y explicación cuando estas lo desean.<sup>17</sup>
- Respetar el derecho de las mujeres a la privacidad en el lugar del parto.<sup>17</sup>
- Apoyar a las mujeres durante el parto por parte de los proveedores de salud.<sup>17</sup>
- No hacer rasurado y enema de rutina.<sup>17</sup>
- No hacer monitoreo fetal electrónico de rutina.<sup>17</sup>
- Permitir toma de líquidos durante el trabajo de parto y parto.<sup>17</sup>
- Libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y parto.<sup>26</sup>
- No hacer episiotomía de rutina.<sup>17</sup>
- Restringir el uso de oxitocina, analgesia y anestesia que no se requiera.<sup>20</sup>
- Limitar la tasa de cesárea al 10-15 por ciento.<sup>17</sup>
- Contacto inmediato piel a piel entre la madre y el recién nacido y apoyo al inicio de la lactancia materna en la primera hora después del parto.<sup>17</sup>

La Organización mundial de la salud (OMS) declara que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.<sup>17</sup>

En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos.<sup>17</sup>

Para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto, en centros de salud a nivel mundial, son necesarias las siguientes acciones:<sup>17</sup>

1. Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.<sup>17</sup>

2. Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.<sup>17</sup>

3. Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto.<sup>17</sup>

4. Es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso.<sup>17</sup>

5. Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.<sup>17</sup>

Una atención humanizada y una práctica no violenta de atención del embarazo, parto y nacimiento, asegura el respeto de los derechos fundamentales, de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, reduciendo complicaciones perinatales, la mortalidad materna y los costos de la asistencia médica.<sup>17</sup>

## **V. DISCUSION**

La violencia contra la mujer es una de las principales formas de violación de los derechos humanos, la cual está presente como una lamentable realidad en la mayoría de las sociedades. Según evidencias científicas, la violencia obstétrica es una problemática que ha ido aumentando en la última década, a pesar de las leyes que se han ido estableciendo en distintas partes de América Latina, esta sigue teniendo una gran prevalencia, tal y como se ve en el estudio sobre prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediado por el personal de un hospital público, publicado en el año 2019 por Cecilia Medina M. y Cols, donde se tomó una población de 140 pacientes, 58 por ciento de estas sufrieron violencia obstétrica en general<sup>33</sup>, aunque esto se contrasta en el estudio



sobre violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente, publicado en el año 2015 por la Dra. Carlota J. Pereira y cols, donde se atendieron 326 pacientes de las cuales, un 26,3 por ciento sufrieron violencia obstétrica<sup>5</sup>. En este último estudio la prevalencia fue menor, tomando en cuenta que el primer estudio data del año 2019, poniendo en evidencia el aumento a través de los años.

Se han estudiado diferentes tipos de violencia obstétrica con el fin de clasificarlas, tal y como se redacta en el estudio Violencia Obstétrica durante la Atención del Parto, Puerperio y la Percepción de la Usuaría, publicado en el año 2019 por Milagros I. Risco Villanueva, especificando que se pueden distinguir dos tipos de estas: La violencia obstétrica psicológica y la violencia obstétrica física. Dicho esto<sup>7</sup>, en el estudio realizado sobre violencia obstétrica a gestantes durante la atención del parto y puerperio, publicado en el año 2018 por Esquivel Vargas, se demuestra que un 79 por ciento de los casos identificaron algunas formas de violencias obstétricas psicológicas dentro de las gestantes durante el parto<sup>34</sup>, lo que se contradice con el estudio realizado sobre prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediado por el personal de un hospital público, publicado en el año 2019 por Cecilia Medina M. y Cols, que solo el 36 por ciento de su población comprendida por 140 pacientes sufrieron violencia obstétricas psicológicas<sup>33</sup>, con la debilidad del primer estudio data 2018 sin tamaño de población.

Sin embargo, de igual forma como el estudio de Violencia Obstétrica durante la Atención del Parto, Puerperio y la Percepción de la Usuaría, realizado en el año 2019 por Risco Villanueva, de 100 pacientes aproximadamente, el 88 por ciento de las pacientes sufrieron violencia obstétrica psicológica<sup>7</sup>, lo que se contrasta con el artículo de Violencia obstétrica en la etapa de embarazo, parto y puerperio, en el hospital regional Dr. Verdi Cevallos Balda, publicado en el año 2020 por Gema Priscila Basurto Mendoza y Eva Margarita Alcívar Medranda, de 210 mujeres entrevistadas, encontraron que el 56 por ciento de estas percibieron algún tipo de

violencia psicológica, distinguiendo de esta forma la preponderancia de este tipo de violencia obstétrica.<sup>35</sup>

En comparación con otros tipos de violencia obstétrica se encuentra en el estudio de prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediado por el personal de un hospital público, publicado en el año 2019 por Cecilia Medina M. y Cols, se encontró que el 79 por ciento de las pacientes fue víctima de violencia obstétrica física<sup>33</sup>; sin embargo en el estudio Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente, publicado en el año 2015 por la Dra. Carlota J Pereira y Cols, solo el 0,9 por ciento presentaron violencia obstétrica física<sup>5</sup>.

En otros estudios como el de Violencia Obstétrica durante la Atención del Parto, Puerperio y la Percepción de la Usuaría, publicado en el año 2019, por Risco Villanueva, Milagros Isabel solo el 33,6 por ciento de las usuarias sufrieron violencia obstétrica física durante la atención del parto<sup>7</sup>. Esto se puede constatar en el estudio Violencia obstétrica en la etapa de embarazo, parto y puerperio, en el hospital regional Dr. Verdi Cevallos Balda, publicado en el año 2020, por Gema Priscila Basurto Mendoza y Eva Margarita Alcívar Medranda, donde solo el 8 por ciento afirma haber percibido violencia obstétrica física<sup>35</sup>.

En este tipo de violencia obstétrica, se consideran los principales procedimientos gineco-obstétricos aplicados en la paciente en trabajo de parto, dentro de los cuales se encuentran la realización tricotomía, amniotomía, aplicación de tocolíticos, tactos vaginales reiterados y por diferentes personas, aplicación de la maniobra kriteller, episiotomía y cesárea, pero a pesar de esto su forma más frecuente es el abuso verbal como indica el estudio violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente, publicado en el año 2015 por la Dra Carlota J Pereira en el que muestra que de 86 pacientes que sufrieron de violencia

obstétrica todas sufrieron de algún tipo de abuso verbal<sup>3</sup>, estos resultados no difieren a los que muestran el estudio sobre el entendimiento del concepto de violencia obstétrica por parte de las pacientes, publicado en el 2015 por la Dra. Arauchu Castro, en el que se evalúan a 43 pacientes de las cuales 15 sufrieron de abuso verbal, esto representa al 34.8 por ciento, lo que indica que al menos una de cada tres mujeres sufre este tipo de violencia obstétrica<sup>10</sup>.

Las debilidades de estos estudios se presentan por el hecho de que las usuarias desconocen de la violencia obstétrica, como se presenta en el estudio, publicado en el año 2015 por la Dra. Arauchu Castro que muestra que un 81 por ciento de las pacientes desconocen lo que es un parto humanizado, lo cual confirma los datos presentados en estudios anteriores, y se constata en el estudio Estrategias Comunicacionales sobre parto cultural adecuado y su incidencia en la disminución de violencia obstétrica, publicado en el año 2018, por Guanulema Barba y Yadira Katherine, identificando que el 98 por ciento de las embarazadas desconoce de qué se trata la violencia obstétrica<sup>36</sup>.

La importancia del acompañamiento para prevenir la violencia obstétrica, publicado en el año 2020 por Alexandra Figueroa Leon e Iris Leon, con una muestra de 73 pacientes, en el cual 87 por ciento de las participantes sufrieron de un trato cruel y falta de respeto mediante el uso de comentarios despectivos<sup>37</sup>, estos datos apoyan los resultados presentados en el estudio sobre la violencia obstétrica durante la atención del parto, puerperio y la percepción de las usuarias publicado en el año 2019 por Risco Villanueva y Milagro Isabel, de 188 pacientes, un 88 por ciento sufrieron algún tipo de violencia obstétrica, poniendo en evidencia que a pesar de todas la guías y recomendaciones para prevenir la misma, aún sigue manteniéndose<sup>7</sup>.

Otros artículos como el de Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica, publicado en el año 2015, por Marbella

Camaro y Cols, evidenciaron que dichas conductas de rutinas obstétricas constituyen actos de violencia obstétrica, la cual la definen como un tipo de violencia de género<sup>38</sup>. Pero el análisis realizado de la Violencia obstétrica asociada con la violencia de género y la violación de los derechos humanos, publicado en el año 2018 por Diana Marcela Echeverry, concluyó que en el marco de los derechos humanos y de la violencia obstétrica como violencia de género, es perentorio tomar medidas concretas y es por la necesidad de reiterar el carácter irreductible y siempre vigente de los derechos de las mujeres, y la obligación de protegerlos<sup>39</sup>.

También Artículos como el de Violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer el caso de Tenerife, publicado en el 2017 por Paulo Adrian Rodriguez Ramos, confirman que se podría determinar que la violencia obstétrica que se ejerce sobre la mujer por el simple hecho de ser mujer, es un hecho que caracteriza cualquier acto de violencia de género<sup>40</sup>. Constatado por el artículo Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica. Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas, publicado en el año 2020, por Belen Castrillo, demuestra que la violencia obstétrica, como expresión de la vulneración a derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres y su entorno durante la atención de PEP, ha cobrado importancia en la agenda pública y social en las últimas décadas, donde se han creado políticas, leyes y protocolos que buscan humanizar la atención obstétrica, garantizar derechos y dar respuesta frente a la denuncia de una de las violencias de género más invisibilizadas y naturalizadas mundialmente<sup>41</sup>.

Cabe destacar que toda mujer embarazada posee el derecho a la información, así como a un derecho de autonomía, la violencia obstétrica también se muestra como otra forma de desigualdad entre hombres y mujeres, y como otra forma de violación de los derechos humanos, lo cual se confirma con el estudio realizado de Estrategias Comunicacionales sobre parto cultural adecuado y su incidencia en la disminución de violencia obstétrica, publicado en el año 2018 por Guanulema Barba y Yadira Katherine, muestra que el 78 por ciento de las participantes no

conocen los derechos que poseen. Este mismo estudio revela que el 78 por ciento de las participantes finalizó el embarazo por medio de una cirugía mayor (cesárea), asimismo pone en evidencia la falta de comunicación con las pacientes y como no se les mantiene informadas, mostrando un 93 por ciento de las pacientes no se les ofreció información sobre las distintas posiciones del parto<sup>36</sup>.

Según evidencias científicas redactadas a través de los años, para evitar caer en lo que es la violencia obstétrica debemos llevar un parto humanizado, y a fin de llevar esto a cabo es necesario el derecho de privacidad, pero la evidencia muestra como este sigue siendo violentado, se corrobora en el estudio percepción de la atención del parto visto desde la violencia obstétrica, publicado en el año 2019 por Helmer Llanes Anaya, mostrando como las pacientes sienten vulnerada su privacidad, ya sea por el abuso de tactos vaginales o el excesivo personal observando, lo cual las hace sentir inseguras; no obstante, el mismo estudio muestra como las pacientes les fue retirada su autonomía y la falta de comunicación con las mismas, ya que a un 56 por ciento de las pacientes no se les informó que tenían el derecho de estar acompañadas durante la labor de parto<sup>42</sup>, lo cual muestra como la violencia obstétrica continua avanzando y de qué manera esta no les otorga a las mujeres sus derechos elementales volviéndolas más vulnerables y susceptibles.

## **VI. CONCLUSIONES.**

Durante un largo tiempo se han ido promoviendo distintas guías, recomendaciones y normas para así mejorar las practicas sanitarias de la atención al parto, tomando en consideración las distintas evidencias disponibles. Se ha ido promoviendo un nuevo modelo de salud que sustituyera al modelo paternalista y de esta manera las mujeres puedan recuperar su autonomía, pero a pesar de esto durante la asistencia al parto la violencia obstétrica aún posee una alta prevalencia

sufriéndola 1 de cada 4 mujeres, siendo su forma más común el abuso verbal. Para poder lograr que haya una disminución de la violencia obstétrica necesitamos poder percibirla, entenderla e identificarla, por esta razón debemos tener clara los siguientes puntos:

- La violencia obstétrica se define como el trato deshumanizado que ejerce tanto el personal de salud, como los demás integrantes de la institución directa o indirectamente que afecten a las mujeres durante su atención al trabajo de parto, parto y puerperio.
- Se identificaron los tipos de violencias físicas y psicológicas donde son vulnerados los derechos a la intimidad, la información y la toma de decisiones, siendo víctimas de tratos crueles, inhumanos y degradantes durante su atención.
- Identificamos la patologización de los procesos naturales del parto, como son el abuso de medicalización, maniobras, episiotomías, ruptura artificial de membranas de manera innecesarias durante el proceso, el uso indebido de oxitocina artificial y el gran aumento de cesáreas sin prescripción médica.
- De manera preventiva se habla de los momentos asociados al proceso reproductivo y los roles que deben de cumplir el personal de salud encargado de asistir el proceso de gestación parto y posparto para una adecuada atención prenatal, de trabajo de parto, apego precoz y posparto.
- La satisfacción como resultado final que deben sentir las mujeres durante este proceso lleno de experiencias y emociones que son percepciones subjetivas que se acompañan de expectativas, lo que configura su impresión en la calidad del servicio.
- Se plasman las recomendaciones que se deben tener en cuenta según la Organización mundial de la salud (OMS) con la finalidad de transformar la atención a las mujeres en donde se expone, como las mujeres tendrán una atención de calidad durante el proceso tanto para mejorar la salud y el bienestar de la madre y el recién nacido, que supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer para que

alcancen su potencial de salud y de vida, y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina.

## **VII. RECOMENDACIONES PERSONALES.**

Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada, y jugar un papel protagónico en todos los procesos de su atención, incluyendo autonomía y participación durante la atención del parto. Para evitar que esto no suceda es necesario promover las recomendaciones que ha publicado la Organización mundial de la salud (OMS).

- Revisar si existen normas específicas en los centros de salud públicos y privados, sobre la atención apropiada para el parto.
- Buscar estrategias para mejorar las condiciones de atención.
- Dar a conocer a la comunidad sobre sus derechos y los distintos métodos de atención al parto.
- Debe investigarse a nivel nacional la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el objetivo de brindar un máximo acceso a una atención adecuada, dar mayor proporción a los partos normales, mejorar los gastos costo- beneficios de la institución y satisfacer las necesidades y deseos de la comunidad.
- Educar al personal de salud sobre violencia obstétrica para favorecer la disminución de los factores de riesgo y prevenir o evitar las complicaciones que se pueden presentar durante la atención.

## **VIII. REFERENCIAS**

1. Tobassia-Hege C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez-Santiago R. irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en America Latina: revisión sistematica y metaanálisis. Rev Panam Salud publica 2019;43(36):1-14



2. Observatorio nacional de la violencia contra la mujer y los integrantes del grupo familiar. Violencia obstétrica. Disponible en: [https://observatorioviolencia.pe/mv\\_violencia-obstetrica/](https://observatorioviolencia.pe/mv_violencia-obstetrica/). Mayo 2020.
3. OMS. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud.OMS. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?jsessionid=F0F1C61FBD06FBE1F374167D1192881B?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?jsessionid=F0F1C61FBD06FBE1F374167D1192881B?sequence=1). Mayo 2020.
4. Olza Fernández, I. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto violencia obstétrica. Revista Iberoamericana de psicología. Junio 2014. Numero 11; 79-83.
5. Pereira C J. Domínguez A.2012, Violencia obstétrica desde la perspectiva de las pacientes. Rev Obstet Ginecol Venez 2015; 75(2):81-90.
6. Ayala Gutiérrez G L. 2015. Calidad de atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis doctoral. Lima, Perú.
7. Risco Villanueva M I. 2019. Violencia obstétrica durante la atención del parto, puerperio y la percepción de las usuarias. Universidad Cesar Vallejo. Tesis doctoral. Trujillo, Perú.
8. Morales Murga Y B. 2019. Percepción de la calidad de atención del parto y violencia obstétrica en púerperas inmediatas del centro materno infantil del cono norte y sur de la ciudad de Lima. Universidad Privada del Norte. Tesis doctoral. Lima, Perú
9. Martínez Palomino M C. 2017. Características de la violencia obstétrica en el trabajo de parto de usuarias atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. Universidad Alas Peruanas. Tesis de grado. Ayacucho, Perú

10. Arachu C, Virginia S. Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic, *Medical Anthropology*, 38:2, 123-136, DOI:10.1080/01459740.2018. 1512984
11. Viviana Valeria V S. Es rico hacerlos, pero no tenerlos: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Revista Cienc salud Bogota Colombia*. 2019 Julio:17(2):128-144
12. Soto-Toussaint, D. L. (Abril-Junio de 2016). Violencia obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 55-60. Obtenido de: [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx).
13. Florencia Beli L. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioetica/UNESCO*. 2013;1(7):25-34.)
14. Martinez P A. La violencia conceptualización y elementos para su estudio, significado y aproximaciones teóricas sobre el tema de la violencia. *Polit cult*:no 46:8-16
15. Silvia Bellon S. La violencia obstétrica desde los aportes de la critica feminista u la biopolitica, *Revista Dilemata* 2015 Julio:7(numero 18):93-111
16. Carlos sebastian B O, Leonela R L. Salud y genero una mirada sobre la violencia obstétrica, *Revista Dialogos* 2016 Junio:5(1):97-103
17. Parto Humanizado (Violencia Obstétrica). (2016).
18. Isaiane da Silva C, Rosineide S B, formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Revista Enfermeria Global*, 2017 Julio:(47):71-79
19. Patrizia Q. Violencia obstetrica. Aportes desde America latina,(Genero y Directo). Disponible en: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/38974>
20. Opazo Vega, D., Ramírez Fuentes, A., & Chamorro Castillo, C. (Junio-Diciembre de 2017). Experiencias de mujeres víctimas de violencia obstétrica y de sus acompañantes de la ciudad de Chillán. *Collectivus, Revista de Ciencias Sociales*, 78-102.

21. Casar Moros N. Alemany Ancher MJ. Violencia obstétrica en la atención al parto acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index Enferm.* 2014;23(1-2):61-64)
22. Quevedo, P. «Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género». Universidad Nacional de Cuyo. 2012. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/4785/tesisquevedo.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf)
23. Limay Herrera, Z. R. (2018). Calidad de la Atención del Obstetra en el Parto y Puerperio y Satisfacción de las Usuaris del Servicio de Obstetricia. Tesis de Grado, Universidad Católica Los Ángeles, Chimbote – Perú
24. Ayesta Olivos, C. B., & Vásquez Delgado, A. L. (2017). Violencia Obstétrica: Vivencias Durante el Proceso de Atención del Nacimiento en Mujeres Atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. Tesis, Universidad Señor de Sipán, Pimentel
25. Asociación el parto es nuestro. Medicalización rutinaria del parto. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/medicalizacionrutinariadel-parto>.
26. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
27. Basevi, V; Lavender, T. 2009. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD001236/rasuradoperinealsistemico-en-el-ingreso-la-sala-de-partos>
28. Luis Alberto V E, Maria Ahuja G, Rosario V S, Miguel Angel L F. ¿De que hablamos cuando nos hablamos de violencia obstétrica? *Revista Conamed*:2016 julio:21(2):7-25

29. Miller, S. (15 de Septiembre de 2016). Ir Más Allá de Recibir Muy Poca Atención, Demasiado Tarde o Atención Excesiva, Demasiado Pronto: Una Ruta Hacia la Atención Materna Respetuosa y Basada en Evidencia a Nivel Mundial. Salud Materna
30. Jiménez Hernández GE, Peña Jaramillo YM. Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. Medellín, Colombia. Rev Univ Ind Santander salud. 2018; 50(4): 320-327 doi: 10.18273/revsal.v50n4-2018005.
31. Oliver Meza, I. Y., & Vera Perla, B. V. (2017). Nivel de Satisfacción en la Atención de Parto Vaginal en Púerperas Primíparas Inmediatas del Servicio de Bajo Riesgo del Hospital San Juan De Lurigancho. Tesis, Universidad Norbert Wiener, Lima – Perú
32. 12. Carla C G.2016. Violencia obstétrica. Universidad de Cantabria. Tesis de grado. Santander España.
33. Medina C, De Leon Perez M A, Delgado Mandujano M J, Cancino de la Cruz L G, Rangel Jimenez P, Blanca Soto Rosales B E, Rodriguez Limon M. Prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediato por el personal de un hospital publico. Lux Medica, 2019 sept-dic, (42);27-36.
34. Nataly Crisca E V,2018, Violencia obstétrica a gestantes durante la atención del parto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco. Universidad de Andina del Cusco. Tesis de grado
35. Basurto Mendoza G P, Alcivar Mendranada E M. Violencia obstétrica en la etapa de embarazo, parto y puerperio en el Hospital Regional Dr. Verdi Cevallos Baldo. SOCIALIUM, 2020 Julio;4(2):445-458
36. Barba G, Katherine Y, 2018, Estrategias comunicacionales sobre parto cultural adecuado y su incidencia en la disminución de violencia obstétrica en los centros de salud en la ciudad de Ambato. Universidad Tecnica de Ambato. Tesis de grado, Ambato Ecuador
37. Figueroa Leon A M, Leon Chavez I G, 2020, Trabajo de parto humanizado, importancia del acompañamiento para prevenir la violencia

- obstétrica en el Hospital Nicolas Cotto Infante de Vines. Universidad técnica de Babahoyo. Tesis de grado
38. Camacaro M, Ramirez M, Lanza L, Herrera M. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. Utopia y praxis Latinoamericana, enero-marzo 2015;20(65);113-120. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/279/27937090009.pdf>
  39. Echeverry Sierra D M, 2018. Analisis de la violencia obstétrica asociada con la violencia de genero y la violación de los derechos humanos en Colombia. Universidad Cooperativa de Colombia, Tesis de grado.
  40. Rodriguez Ramos P A, Aguilera Avila L. La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer el caso de Tenerife. Musas, 2017;2(2):56-74.
  41. Castillo B. Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica. Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas. Revista Encuentros Latinoamericanos, enero-junio 2020;4(1);196-220.
  42. Llanes Anaya H F,2019, Percepcion de la atención del parto visto desde la violencia obstétrica. Universidad cooperativa de Colombia. Tesis de grado.

## IX. ANEXOS

## IX.1. Cronograma

Actividades	Tiempo: 2019-2020
Selección del tema	AGOSTO 2020
Búsqueda de referencias	AGOSTO 2020
Sometimiento y aprobación	AGOSTO 2019
Redacción del informe	AGOSTO-OCTUBRE 2020
Revisión del informe	NOVIEMBRE 2020
Presentación	DICIEMBRE 2020

## IX.2. Costos y recursos

### IX.2.1. Presupuesto

	Cantidad	Precio \$RD	Total
Ordenadores	2	15,000.00	30,000.00
Papel bond 20 ( 8 ½ x11)	5 resma	600.00	3,000.00
Fotocopias	200 hojas	1.00	200.00
Impresión	2,000 hojas	3.50	7,000.00
Caja de Bolígrafos	1 caja	70.00	70.00
Borradores	1	5.00	5.00
Sacapuntas	2.00	10.00	20.00
Calculadoras	1	500.00	500.00

#### IX.2.2. Información

Libros	6	0.00	0.00
Revistas	8	0.00	0.00
Internet	18	0.00	0.00

#### IX.2.3. Económicos

Impresión			
Encuadernación	25	50.00	1,250.00
Empastado	9	1250.00	11,250.00
Pago de inscripción de tesis	2	15,000.00	30,000.00
Pago de presentación de tesis	2	15,000.00	30,000.00
Transporte	2	5000	10,000.00
Total			123,295.00

#### X. Evaluación.

Sustentantes:

---

Clariloren Pineda

---

Alexander Valdez

Jurado:

---

---

Asesores:

---

---

Rubén Darío Pimentel  
(Metodológico)

Dra. Gladys Cerda.  
(Clínico)

Autoridades:

---

Dra. Claudia Scharf  
(Directora de escuela de medicina)

---

Dr. William Duke  
(Decano Facultad Ciencias de la Salud)

Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

Calificación: \_\_\_\_\_