



Maestría en

SALUD PÚBLICA

Trabajo de titulación para obtención del título de Magister en Salud Pública

AUTORA: Juliana Abigail Agualsaca Alarcón

TUTOR: Jorge Alban Villacis MD, MPH, ME, PHD

TEMA: Percepción sobre la violencia gineco-obstétrica en la práctica profesional de los obstetras de la "Asociación de Obstetras Promotores por el Cambio" de la ciudad de Quito. Periodo abril-julio 2023

QUITO- ECUADOR

2023

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **Dr. Jorge Aurelio Albán Villacís**, declaro que he tutorizado el trabajo de titulación denominado **“Percepción sobre la violencia gineco-obstétrica en la práctica profesional de los obstetras de la "Asociación de Obstetras Promotores por el Cambio" de la ciudad de Quito. Periodo abril-julio 2023”** del maestrante **Juliana Abigail Agualsaca Alarcón**, quien es autor exclusivo de la presente investigación, que es original y auténtica.

C.C. 1706756267

Tutor del trabajo de titulación

AUTORIZACIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, **Juliana Abigail Agualsaca Alarcón**, en calidad de autora del trabajo de titulación denominado **“Percepción sobre la violencia gineco-obstétrica en la práctica profesional de los obstetras de la "Asociación de Obstetras Promotores por el Cambio" de la ciudad de Quito. Periodo abril-julio 2023”**, de acuerdo a lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento en Ecuador, autorizo a la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE) para que utilice el contenido que comprende el presente trabajo de titulación, con fines estrictamente académicos o de investigación.

1721567640

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Juliana Abigail Agualsaca Alarcón., declaro bajo juramento que el trabajo de titulación denominado **“Percepción sobre la violencia gineco-obstétrica en la práctica profesional de los obstetras de la "Asociación de Obstetras Promotores por el Cambio" de la ciudad de Quito. Periodo abril-julio 2023”**, es de mi autoría y de mi exclusiva responsabilidad académica y legal; y que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional. En su elaboración, se han citado las fuentes y se han respetado las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

1721567640

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación va dedicado a Dios, por dame el conocimiento y la guía para esta investigación

A todas, las mujeres que han sufrido violencia gineco obstétrica en cualquier etapa de su vida, que alcen la voz ante esta nueva ola de violencia que se encuentra invisibilizada.

A mi hijo, por motivarme a ser un ejemplo de resiliencia, enseñarme a ver desde otra perspectiva la vida, acompañarme en este viaje desde la maternidad y que siempre se esfuerce por lograr todos sus sueños.

Mi familia por el cimiento de mis logros, que me acompañan en cada proyecto que me propongo a ejecutar.

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme realizar este trabajo de investigación

A mi familia por darme su apoyo constante.

A mi tutor el Dr. JORGE ALBAN VILLACIS MD, MPH, ME, PHD(c), por impartirme sus conocimientos y ser una guía en este trabajo de investigación

A las obstetras que nos apoyaron con sus testimonios siendo un eje fundamental en la Atención Primaria en Salud.

RESUMEN

La violencia gineco-obstétrica vulnera de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante su atención sea que este en etapa gestacional o no, limitando en las prácticas profesionales a las mujeres a decidir en su propio cuerpo, es así que este tipo de violencia con lleva a un circulo constante de violencias que se correlacionan con la violencia simbólica, institucional y de género. Siendo, el objetivo de este trabajo determinar la percepción sobre la violencia gineco-obstétrica en la práctica profesional, para lo cual se realizó una investigación cuantitativa, siendo el instrumento de recolección de datos una entrevista focalizada a profundidad a obstetras de la Asociación de Obstetras Promotoras por el Cambio. En este trabajo se evidencio que la percepción de las obstetras es que existe una relación de poder por parte del personal de salud hacia las usuarias, así como patrones de conducta durante la consulta gineco obstétrica, por lo tanto, la violencia gineco-obstétrica llega hacer multicausal vulnerando los derechos de las mujeres y se manifiesta principalmente física y psicológicamente siendo invisibilizada en la práctica profesional de las instituciones de salud.

Palabras clave: Violencia obstétrica, percepción, poder, invisibilidad, embarazo, derechos sexuales y reproductivos

ABSTRACT

Gynecological-obstetric violence violates the sexual and reproductive rights of women during their care, whether they are in the gestational stage or not, limiting women's professional practices to decide in their own bodies, so this type of violence with leads to a constant cycle of violence that is correlated with symbolic, institutional and gender violence. The objective of this work being to determine the perception of gynecological-obstetric violence in professional practice, for which a quantitative investigation was carried out, the data collection instrument being an in-depth focused interview with obstetricians from the Association of Promoting Obstetricians. for the change. In this work it was evidenced that the perception of the obstetricians is that there is a relationship of power on the part of the health personnel towards the users, as well as behavior patterns during the gynecological-obstetric consultation, therefore, the gynecological-obstetric violence becomes multicausal violating the rights of women and manifests mainly physically and psychologically being invisible in the professional practice of health institutions.

Keywords: Gynecological-obstetric violence, perception, power, invisibility, pregnancy, sexual and reproductive rights.

TABLA DE CONTENIDOS

AUTORIZACIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL	3
CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	4
DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
CAPITULO 1	13
INTRODUCCIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
OBJETIVOS	17
General	17
Específicos	18
Justificación	19
Alcance	20
MARCO TEORICO	21
Marco histórico	21
Marco conceptual.....	30
Violencia de género.....	30
Violencia gineco-obstétrica.....	30
Embarazo.....	30
Parto	31
Medicalización	31
Salud sexual.....	31
Salud reproductiva.....	31
Relaciones de poder	32
Percepción	32

Humanizado	32
Marco Referencial.....	34
Violencia Obstétrica.....	34
Triangulo de la violencia.....	37
Pirámide de la violencia obstétrica.....	41
Etiología	43
Tipos de violencia obstétrica.....	46
Consecuencias Físicas	49
Lactancia	50
Episiotomía.....	50
Incontinencia	51
Cesáreas injustificadas	51
Hemorragias	51
Dispaurenia.....	52
Consecuencias Psicológicas	52
Depresión post parto.....	52
Síndrome de estrés postraumático (SEPT).....	52
Ansiedad.....	53
Consecuencias a corto plazo	54
Consecuencias a largo plazo	54
Percepción	54
Violencia obstétrica a nivel mundial.....	55
Violencia Obstétrica en Latino Americano.....	63
La violencia obstétrica en el contexto ecuatoriano	66
CAPITULO 2	74
Metodología.....	74
Diseño de la investigación.....	74
Población de estudio.....	74
Técnica e instrumento de recolección de datos.....	74
Fuentes de información	74

CAPITULO 3	75
Análisis de resultados	75
CAPITULO 4	92
Conclusiones y recomendaciones	92
Recomendaciones	94
Bibliografía	96

TABLA DE FORMAS

SISTEMA DE VARIABLES	33
Figura 1: Elaboración propia.....	39
Figura 2. Elaboración propia.....	40
Figura 3. Pirámide de la violencia (37).....	41

TABLA DE ANEXOS

Anexos.....	104
Anexo N°1 Cronograma de actividades.....	104
ANEXO N°2 Entrevista.....	105

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

La violencia gineco-obstétrica es toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos ya que puede manifestarse físicamente, psicológicamente y por relaciones de poder (1).

Por lo cual cada embarazo es único, donde quedan marcadas las experiencias que viven las mujeres durante la etapa gestacional, el parto ya sea por vía vaginal o cesárea, post parto y aborto por medio de la atención médica en hospitales, centro de salud, clínicas privadas, por ende, el personal de salud juega un papel importante en este tipo de violencia ya que dependiendo a su calidad de atención las mujeres tendrán una experiencia positiva o negativa siendo esta última que pueda desencadenar consecuencias físicas y psicológicas. (2).

Por lo tanto, en 2011 en Ecuador, se realiza la primera denuncia sobre violencia gineco-obstétrica en la ciudad de Machala por parte de la señora Nole Ochoa donde manifiesta:

“con fuerte dolores de parto, transcurrió el tiempo y me encontraba gritando dentro del referido Hospital sin que nadie me prestara la correspondiente ayuda. Gritaba y gritaba para que ella me ayude, ella estaba en una camilla choteando con un teléfono mientras que yo gritaba de dolor porque ya el niño ya estaba saliendo [...] la Doctora y su compañero se estaban recién poniéndose los guantes, no es verdad que me

proporcionaron un ginecólogo y me realizaron intervención quirúrgica, estaba perdiendo mucha sangre... mi cuerpo se estaba poniendo helado"(3).

Esta denuncia es un hito importante en la historia de la violencia ya que la corte constitucional dio un fallo a favor de la denuncia en el año 2019, donde los derechos de la paciente fueron vulnerados por parte del personal de salud y la institución, por lo tanto, una de las resoluciones fue la creación de la guía integral de atención a las mujeres embarazadas y de prevención de la violencia obstétrica.

En consecuencia, los profesionales de salud están íntimamente ligados a la violencia gineco obstétrica que se produce en las mujeres durante su atención tanto en el ámbito público como privado, siendo por acción u omisión se pueden ser violentas o percibirse como violentas (4).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia obstétrica es un término que está comenzando a tener una gran importancia a nivel mundial debido a que su problemática gira alrededor de las mujeres durante su ciclo de vida y el personal de salud, este tipo de violencia "constituye una discriminación de género y representa una violación de los derechos humanos desde un enfoque de los derechos de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres" (4).

En el ámbito global, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) mediante la Asamblea General de las Naciones Unidas comienza a tomar relevancia la violencia obstétrica durante el relato del Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica concluyendo que el estado debe velar por el bienestar tanto de la usuaria como del personal de salud, en el que durante las atenciones gineco – obstétricas resalte el consentimiento informado para poder combatir y prevenir el maltrato y la violencia contra las mujeres. (6)

Debido a todos los acontecimientos de esta nueva ola de violencia que se da a las mujeres durante su atención, en América Latina se comienza a dar mayor importancia en incluirlos en sus leyes siendo Venezuela el país pionero en insertar una ley sobre la violencia obstétrica en el legislativo, seguido por Argentina, Ecuador, México, Bolivia, entre otros.

Es así, que Ecuador no solo toma el enunciado de violencia obstétrica si no va más allá y lo denomina violencia gineco-obstétrica, existiendo en la consulta gineco-obstétrica como en el parto, post parto y aborto en donde los malos tratos, las humillaciones se vuelven invisibilizadas y normalizada por parte de las mujeres como por el personal de salud, por lo que en el 2016 se lleva, la propuesta del proyecto de Ley de Parto Humanizado, el cual no tuvo acogida por parte del parlamento, pero dos años posteriores se aprueba la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (LOIPEVM), donde consta

por primera vez la definición de dicha violencia como “ acción u omisión que limite el derecho de las mujer embarazadas o no, a recibir servicios de gineco-obstétricos...” (1).

Además, el estado ecuatoriano en 2019 publica la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (ENVIGMU) en donde se aborda por primera vez la problemática sobre la violencia gineco obstétrica dando como resultado que 48 de cada 100 mujeres ecuatorianas han experimentado violencia obstétrica representando el 47.5% de la población femenina, mientras en las zonas rurales representa el 54.8%, siendo las mujeres de 30 a 44 años las más propensa a experimentar este hecho, a nivel provincial Morona Santiago es la provincia que cuenta con mayor índice de violencia obstétrica, siendo las mujeres indígenas y afroecuatorianas la más vulnerables a este tipo de violencia (7).

Por lo cual, esta investigación busca analizar la percepción de la violencia gineco obstétrica por parte de los profesionales obstetras debido a que los índices de este tipo de violencia son considerablemente altos en nuestro país desde el año 2019, como los profesionales han abordado esta problemática desde que entró en vigencia la LOIEPVM hasta la actualidad.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción sobre la violencia gineco-obstétrica en la práctica profesional de los obstetras de la "Asociación de Obstetras Promotores por el Cambio" de la ciudad de Quito periodo abril-julio 2023"?

SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

Subpreguntas

¿Cuáles son las características de la población objeto de estudio en relación a edad, sexo, estado civil, ejercicio profesional, socias activas o inactivas, lugar de residencia?

¿Cuáles son los principales patrones de la violencia gineco-obstétrica en la práctica profesional de los obstetras de la "Asociación de Obstetras Promotores por el Cambio" de la ciudad de Quito periodo abril-julio 2023"?

¿Cuáles son las características clínicas y psicológicas de la violencia obstétrica?

¿Cuál es el porcentaje de violencia obstétrica que puede ser atribuida en la práctica profesional de los obstetras de la "Asociación de Obstetras Promotores por el Cambio" de la ciudad de Quito periodo abril-julio 2023"?

¿Cuáles son los elementos estructurales y funcionales de una propuesta educativa orientada a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas para evitar la violencia gineco-obstétrica?

OBJETIVOS

General

Determinar la percepción sobre la violencia gineco-obstétrica en la práctica profesional de los obstetras de la "Asociación de Obstetras Promotores por el Cambio" de la ciudad de Quito. Periodo abril-julio 2023"

Específicos

1. Analizar las características de la población objeto de estudio en relación a edad, sexo, ejercicio profesional, socias activas o inactivas, lugar de residencia.
2. Identificar los principales patrones de la violencia gineco-obstétrica en la atención por parte de los obstetras.
3. Determinar las principales consecuencias que produce la violencia gineco-obstétrica.
4. Analizar la relación de poder entre el personal de salud y las usuarias de la atención gineco-obstétrica
5. Definir los elementos estructurales y funcionales de una propuesta educativa orientada a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas para evitar la violencia obstétrica.

Justificación

La violencia obstétrica es una realidad que se ha invisibilizado durante muchos años, por parte del estado ecuatoriano, las instituciones y los profesionales de salud, durante su atención gineco-obstétrica a las mujeres en sus diferentes etapas de su vida, donde al ejercer este tipo de violencia es una transgresión frecuente de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres constituyendo un problema de salud pública.

Además, el Estado ha creado en el 2018 la LOIPEVM, donde se aborda por primera vez la definición de la violencia obstétrica, ley que es pública para la ciudadanía, pero no se encuentra tipificada como mala práctica médica en el Código Orgánico Integral Penal (COIP) luego en el 2019 se realizó la ENVIGMU donde fue evidente el índice alto de violencia obstétrica que presenta el Ecuador.

En el mismo año, se realiza un estudio donde se dieron a conocer que el 64,9% de los profesionales de salud desconoce la temática de la misma, mientras que el 80,3% de los participantes define la violencia obstétrica, señalando como ejecutor principal a cualquier personal de salud con un 91,8%, el 73,8% del personal sanitario ha presenciado violencia obstétrica durante la hospitalización un 71,1% y el 64,4% durante el parto o cesárea. En el trato deshumanizante el 67,2% escuchó comentarios irónicos o descalificadores, el 63,9% escuchó críticas por llorar o gritar y el 37,7% presenció imposibilidad para manifestar miedos e inquietudes (5).

El propósito de esta investigación es conocer cuál es la percepción de la violencia gineco-obstétrica por parte de los obstetras de la Asociación Promotoras por el Cambio, debido al contacto directo que se tienen con las mujeres durante su ciclo de vida.

Es así que la investigación es factible ya que se realizara una entrevista a profundidad a las socias activas de la Asociación Promotoras por el Cambio contando con el permiso de realizar la entrevista y se complementara con la documentación pertinente siendo este, material bibliográfico, legislativo entre otros.

Además, se propone con esta investigación tener una perspectiva más a profundidad sobre este tipo de violencia para concientizar a los profesionales de salud de las diferentes áreas, basados en conceptos realistas sobre la problemática, también que pueda contribuir con el planeamiento e implementación de políticas para la prevención y control de las prácticas violentas que se dan a las mujeres.

Alcance

Este estudio cualitativo contó con la participación de ocho obstetras pertenecientes a la Asociación de Obstetras Promotoras por el Cambio que se encuentre afiliadas y laborando en la ciudad de Quito, durante el periodo comprendido entre abril y julio del 2023.

MARCO TEORICO

Marco histórico

La violencia obstétrica con el tiempo se ha ido visibilizando en las mujeres siendo que ha ellas se les ejerce durante la consulta, parto, puerperio donde sus derechos son vulnerados en cualquiera de estos momentos, para comprender con claridad este tema es necesario repasar su historia desde cuando la obstetricia fue una especialidad de sanación, acompañamiento que realizaban a las mujeres de la comunidad pasando hacer condenadas por tener saberes empíricos que pasaron de una generación a otra, dándose este acontecimiento en la transición del feudalismo al capitalismo (8).

Nos remontaremos a la época feudal donde las mujeres tenían el respeto de la comunidad ya que eran sabias, sanadoras, cuidadoras, farmacólogas debido a que tenían cultivos de hiervas medicinales y con ellas podían curar a la comunidad de igual manera ejercían la partería donde acompañaban y atendían el parto en el respectivo domicilio de las mujeres que estaban pariendo, la comunidad las llamaba mujeres sabias pero para las autoridades eran mujeres charlatanas, rebeldes, brujas que representaban un riesgo político, religioso y sexual para la iglesia y para el Estado (9).

Es así que en Europa en el siglo XV, la comadrona era considerada una mujer sabia y respetada ocupando una posición de poder debido a sus conocimientos en la reproducción,

sexualidad y curación colaborando por lo general a un estatus modesto, pero todo comienza a tomar un cambio a mediados de este siglo donde “la intensificación de esta época de revueltas populares, epidemias y de crisis feudal incipiente tuvieron lugar los primeros juicios a brujas [...], el desarrollo de la doctrina sobre la brujería, en la que la magia fue declarada una forma de herejía y el máximo crimen contra Dios, la Naturaleza y el Estado, se escribieron veintiocho tratados sobre brujería”(8).

Es así que comienza la caza de brujas donde muchas mujeres fueron a la hoguera por el simple hecho de ayudar a familias de clase media en el cuidado de la natalidad, acompañar a las marchas para exigir un trato digno, siendo una amenaza de poder para los altos mandos en los partidos políticos y en la religión, considerándolas mujeres que eran poseídas por el demonio, abarcando sin números de acusaciones clasificándolas en brujas blancas sanadoras y brujas negras malvadas (8).

Según Ehrenreich (9) las acusaciones iban desde “la subversión política, la herejía religiosa, la inmoralidad, la blasfemia, pero existían tres acusaciones principales que se repiten a lo largo de la historia de la persecución de las brujas en todo el Norte de Europa. Ante todo, se las acusaba de todos los crímenes sexuales concebibles en contra de los hombres siendo la sexualidad femenina. En segundo lugar, se las acusaba de estar organizadas, en la tercera acusación tenían poderes mágicos sobre la salud, que podían provocar el mal, pero también que tenían la capacidad de curar, acusándolas de poseer conocimientos médicos y

ginecológicos. A menudo se las acusaba específicamente de poseer conocimientos médicos y ginecológicos”.

Por lo cual, estas mujeres pasaron a una represión por parte del Estado y la inquisición ya que todo lo antes mencionado era algo malo y desafiante para la política y religión donde no era considerado algo bueno, si no que ellas eran poseídas por entidades malignas que las manipulaban creyendo que ellas no tenían una opinión propia sobre todos los sucesos que estaban pasando en esa era, subordinando a las mujeres que necesitaban de alguien más para poder alzar su voz (8,9).

Abordando con la cronología en el siglo XVI, ya estaba comenzando el triunfo de la revolución copernicana, el nacimiento de la ciencia moderna donde la medicina era reconocida como profesión y el desarrollo del racionalismo científico mientras que la brujería se convirtió en uno de los temas de debate favoritos de las elites intelectuales europeas (8).

Por lo tanto, las ciencia medicas por medios científicos comienza afianzarse en la edad media, donde lo empírico ya no tenía cabida para ser reconocido por parte del Estado y la religión, pero la atención de las mujeres durante el parto seguían siendo exclusivamente de las mujeres sanadoras quienes eran calificadas como brujas buenas debido a que no producían ningún daño alguno a la población si no que estaban para servir a quien lo necesitara siendo su población de alcance la clase media y pobre donde los médicos no tenían el interés mínimo de ejercer su profesión en esa población enfocándose a la población aristocrática (8).

Entre el siglo XVI y XVII, la profesión médica ya era respetada por el Estado y la inquisición quien les otorgaba el permiso de ejercerla siempre y cuando un sacerdote los acompañara en la consulta, la implementación de esta profesión exigía que debían tener una formación universitaria, por lo cual acceder a la educación superior en estas épocas estaba prohibido para las mujeres sin distinción de clase social, así como para la clase media y pobre que no podía costear esta profesión, por lo tanto se estructuraron leyes que prohibían el ejercicio de la medicina a personas que no contaran con estudios universitarios (9).

De este modo, la medicina paso hacer monopolizada por la inquisición y el Estado donde el acceso al ejercicio profesional solo era exclusivamente para hombres es así que “las mujeres fueron apartadas del mundo del conocimiento y durante siglos se les negaría el derecho a la educación y a la participación en actividades realizadas en el espacio público” (10)

Por lo tanto, comienza una disputa de atención entre los médicos y las personas que tenían conocimientos empíricos como los sanadores, hierbateros, comadronas entre otros, antes de la regularización de la medicina había mujeres ya instruidas en este ámbito que llevaban años ejerciendo la sanación debido a que tenían experiencia a través de la práctica a diferencia de los profesionales de salud que solo tenían un conocimiento conceptual cuyos estudios jamás se completaban con una praxis como tal, siendo todo absolutamente teórico por lo cual los hacían proclives a realizar tratamientos erróneos (11).

Además, en esta época los médicos tenían poco interés en lo que era la salud de las mujeres ya que este ámbito era desvalorizado por el mismo hecho que las mujeres eran vistas como una máquina de reproducción por lo tanto esto quedaba en manos de las comadronas debido a que se consideraba una actividad indigna para un hombre, es por esto que los hombres médicos no tenían en lo absoluto conocimiento sobre los problemas de las mujeres y mucho menos sobre el parto (11,12).

Por consiguiente, los médicos la única manera de actuar en las consultas de las mujeres era cuando las comadronas tenían complicaciones o muertes de feto donde eran llamados para extraer el feto en partes, la obstetricia era el único campo médico que los hombres no habían explorado, pero eso cambio cuando se crearon leyes que amparaban a los médico quienes eran los únicos que podían realizar prácticas regulares haciendo énfasis que eran los únicos que tenían el conocimiento científico y no empírico denominando a los que tenían ese conocimiento con ejercicio de prácticas irregulares (12).

Es por ello que Federici (8), nos manifiesta que a principios del siglo XVII comienzan a incorporarse en la atención de mujeres los médicos hombres sustituyendo a las mujeres siendo excluidas del trabajo profesional, al negárseles la oportunidad de obtener un entrenamiento profesional adecuado, los médicos parteros comienzan a expandirse entre la población pobre al mismo tiempo se da la intervención de instrumentos en el parto para proteger la vida del recién nacido.

Cobo nos menciona que “la desvalorización de las prácticas y saberes tradicionales relacionados con el parto, supone que los profesionales de medicina sean los únicos autorizados a intervenir en dicho proceso y en los cuerpos de las mujeres que se encuentran en trabajo de parto” además Landázuri manifiesta que a través del renacimiento la obstetricia trae avances “debido a cuando era practicado por las mujeres se denomina el arte de partear y cuando la estudiaban los hombres se llama ciencia médica” (13,14).

También, Biurun (12) manifiesta que la integración de los médicos en la clase pobre y la atención de las mujeres trajo la implementación de instrumentos como el fórceps para la atención del parto que tenía la finalidad de extraer al feto vivo con madres vivas donde ninguno corría mayor riesgo de muerte, el uso de este instrumento conlleva a que los partos también sean asistidos por hombres debido a que contaban con formación académica y podían realizar la técnica que se necesitaba para partos difíciles por medio del fórceps para obtener un feto vivo, además luego de un tiempo Mauriceau propone que la cama es el lugar óptimo para asistir un parto normal y valorar el decúbito supino como la postura más idónea para asistir el nacimiento, siendo la cama quien toma más énfasis debido a que la Reina de Francia da a luz a su hijo acostada en la cama debido a que el Rey Sol quería ver como se daba el nacimiento de su hijo.

Con lo anterior expuesto “la incorporación de los fórceps obstétricos, hizo que el decúbito supino en una cama y la posición de litotomía durante el parto, no fueran solo una elección

de la mujer parturienta, sino que provocó que se convirtiera en una necesidad para que el profesional sanitario pudiera ejercer su labor asistencial” (12).

En cuanto en el siglo XVIII, inicia un elevado índice de mortalidad infantil donde la población comienza a tener un declive demográfico donde el Estado promueve a tener otra postura ante esta situación con el objetivo de erradicar la mortalidad infantil, las mujeres pasan hacer una máquina de reproducción humana cuya finalidad era el crecimiento poblacional que paso hacer de interés del gobierno, empezando a valorizar la vida infantil para posteriormente en la era industrial comenzar a aumentar la mano de obra (12).

Es así, como en este siglo, inicia un declive de las matronas debido a que se incorporan instrumentos cuando el parto se complicaba teniendo una disputa entre la matrona y el cirujano barberos ya que las matronas no tenían autorización para la utilización de instrumentos y no contaban con formación académica, pero ellas llevaban siglos sanando y cuidando de las mujeres por lo que eran solicitadas por la comunidad, mientras que los cirujanos barberos eran solicitados por la nobleza, burguesía y en la población pobre cuando los partos eran complicados (12).

Al mismo tiempo, en el siglo XIX, la atención de parto seguía dándose en el ámbito del hogar siendo acogedor y con la familia acompañando, pero debido a que los partos se vuelven complicados en el domicilio se comienza a crear centros de atención para la clase pudiente

que podían costear volviéndose la contratación del médico como signo de buena posición económica, mientras que la clase modesta y pobre podía costear una matrona (12).

El incremento de las fiebres puerperales entre otras complicaciones y la afluencia de médicos en formación produjo la creación de centros hospitalarios para la atención de la población, el aprendizaje y desarrollo de la ciencia siendo esta objetiva y seria, con esto se afianza el modelo biomédico como resultado los partos en casa eran considerados primitivos, peligrosos y propios de las clases más baja (12).

Por todo lo antes expuesto, la biomedicina tuvo un desarrollo importante ya que estuvo a la par con la revolución industrial donde la tecnología complemento la atención médica para el diagnóstico de las enfermedades tomando un mecanismo de la salud y lucrativo para el gobierno, del mismo modo la medicalización traslado a las mujeres a la atención del parto a las camas subordinándolas a la obediencia de los profesionales debido a que tienen el conocimiento científico en consecuencia los partos pasaron de estar en un lugar privado de la comodidad del hogar a las salas de un hospital (12).

Continuando en la historia, en el siglo XX con la instrumentalización necesaria para el parto la mortalidad infantil comenzó a descender, pero comenzaron a incrementarse las infecciones debido a que los instrumentos no eran desinfectados apareciendo un nuevo problema a la mortalidad materna, es donde el padre de la obstetricia moderna Joseph B DeLee (11) decidió introducir:

El parto activo, un parto considerado siempre como peligroso, no fisiológico, una situación patológica que requería de la prevención, de la intervención que evitara las complicaciones. Proponía, pues, en todos los partos, la anestesia, el uso del fórceps, la episiotomía y la extracción manual precoz de la placenta. Por supuesto, proponía el ingreso de la «paciente» en el hospital y la atención por el ginecólogo-obstetra” (11).

Es por ello que comienza el parto a ser considerado patológico donde no hay cabida a lo natural y fisiológico de las mujeres, pues ellas pasan a ser objetos de aprendizaje y experimento quienes a través de este parto activo jugaban a la ruleta teniendo un destino incierto al momento de su parto ya que podían vivir o como morir mediante este procedimiento.

Además, Joseph B DeLee propuso la técnica

Operación de fórceps profiláctico donde describe cómo los médicos pueden extraer manualmente un recién nacido de la vagina de una mujer en trabajo de parto con el uso de sedantes y fórceps, esta técnica tenía una descripción general del tema y una sección secundaria titulada la perineotomía , donde incluye diagramas para explicar el procedimiento con más detalle, donde su método comenzaba con “administración de morfina y escopolamina [burundanga] más éter para dormir a la madre, después episiotomía, extracción del bebé mediante fórceps en conjunción con una maniobra

de fuerza abdominal (apretar sobre el vientre), sutura de la incisión, readministración de morfina y escopolamina "para prologar la narcosis varias horas tras el parto y eliminar lo máximo posible el recuerdo del trabajo"(15).

Es así que comienza la medicalización del parto con “la introducción de la anestesia para reducir el dolor del parto, que, igualmente, según la mujer perdía conciencia sobre el mismo, situando al parto bajo el control de la autoridad médica” (11).

Marco conceptual

Violencia de género

Cualquier acción o conducta basada en su género que cause o no muerte, daño y/o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial, gineco-obstétrico a las mujeres, tanto en el ámbito público como privado (1).

Violencia gineco-obstétrica

Se considera a toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos (1).

Embarazo

Comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación,

comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación (16).

Parto

Consiste en el acto mediante el cual un feto viable junto a sus anexos (saco amniótico y placenta), son expulsados o también extraídos de la uterina, generalmente por vías naturales, aunque también puede suceder mediante mecanismos quirúrgicos (cesárea) (17).

Medicalización

Acción de tratar problemas no médicos como médicos, a la transformación de problemas sociales o circunstancias de la vida en problemas médicos, en patologías (enfermedades o trastornos) susceptibles de ser tratadas con medicamentos u otras intervenciones médicas (18).

Salud sexual

Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos (19).

Salud reproductiva

Estado general de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la capacidad de procrear; y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia (19).

Relaciones de poder

Acciones, omisiones y prácticas sociales, políticas, económicas, culturales o simbólicas que determinan la imposición de la voluntad de una persona o grupo por sobre la de otro, desde una relación de dominación o subordinación, que implica la distribución asimétrica del poder y el acceso y control a los recursos materiales e inmateriales entre hombres y mujeres (1).

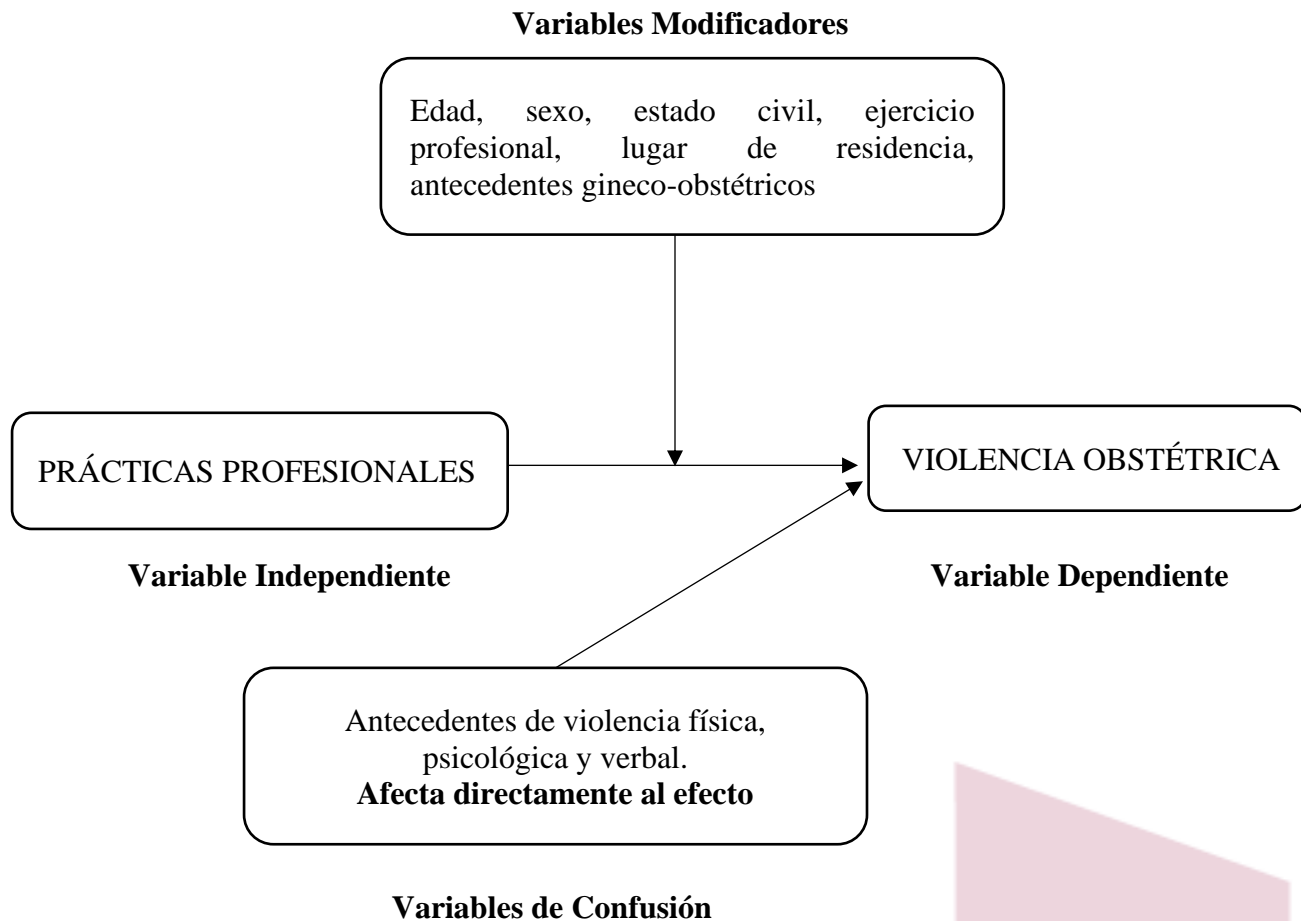
Percepción

El proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización (20).

Humanizado

Consiste en proporcionar cuidados a la persona de manera solidaria, digna, con respeto, empatía, teniendo en cuenta sus decisiones y sus valores (21).

SISTEMA DE VARIABLES



Marco Referencial

Violencia Obstétrica

Se manifiesta, que hace más de 50 años se da por primera vez una referencia de violencia obstétrica en el país norte americano donde una revista publicó un artículo con el título "La crueldad en las salas de maternidad", donde las enfermeras y las mujeres contaban historias del tratamiento inhumano que se presentaba en las salas de parto de los Estados Unidos" (22). Es así, que la violencia obstétrica a lo largo de los años no cuenta con una definición universal son muchos años en el que la lucha por los derechos sexuales y reproductivos nos lleva a este tipo de violencia que se da en las mujeres durante su ciclo de vida en el entorno de la salud por parte del personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Por lo cual, Lafaurie (23) nos manifiesta que la "violencia obstétrica se concibe como una forma específica de violencia de género contra las mujeres que implica un trato deshumanizado, medicalización y la patologización de los procesos reproductivos que conlleva la apropiación de los cuerpos de las mujeres. En este tipo de violencia se presenta un control de la capacidad reproductiva y la sexualidad de las mujeres, y son los miembros del personal de salud quienes la ejercen".

Por consiguiente, la violencia obstétrica se muestra como una violencia de género pasando hacer un problema de salud pública donde la deshumanización comienza a tomar importancia debido a los maltratos que sufren las mujeres en las instituciones de salud.

También, Castrillo (24) define esta violencia como “la violación a derechos sexuales, reproductivos, no reproductivos y humanos que se da durante la atención de los procesos perinatales (embarazo, parto, puerperio y aborto), en manos de profesionales de la salud e instituciones sanitarias, que se origina en la medicalización, intervencionismo y patologización de los nacimientos y la gestión biomédica de los mismos”.

Además, Arguedas Ramírez (25) entiende como el “conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y posparto”.

Por otra parte, Almaguer (26) considera que la violencia obstétrica es “un tipo de violencia institucional, producto del patriarcado y expresada en relaciones de poder que legitiman y naturalizan una serie de procedimientos”, entre los que se da:

- a) Una apropiación del cuerpo de la mujer y de los procesos fisiológicos presentes durante el embarazo, el trabajo de parto, el periodo expulsivo del mismo, el alumbramiento de la placenta y la atención de la o el recién nacido y del puerperio en la mujer (26).
- b) Un trato deshumanizador, un abuso de la medicalización y una patologización de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y de la capacidad de decisión de parte de las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio, lo cual mengua sus derechos humanos (26).

Sin embargo, Casadiego y Contreras (2) manifiesta que la violencia obstétrica está presente en el entorno de la salud donde está ligada a la carencia del sistema de salud y no contar con una atención de calidad en los servicios de salud donde es perpetrada por quienes se supone que cuidan de las mujeres, como los profesionales de la salud. También puede ocurrir en todos los ciclos de la vida de las mujeres, desde la infancia hasta la vida adulta, es así por manifestarse esta violencia como problema de hace parte de la violencia de género, acción que va en contra de los derechos reproductivos y sexuales y en oposición con los derechos humanos de la mujer.

En consecuencia, esta violencia es una manifestación del sistema de salud, donde se realizan la vulneración de los derechos de las mujeres durante su atención, donde Biurrun (12) señala que forma parte de la violencia simbólica debido a que se ejerce sin mediación de la fuerza física, sin que el agente dominado sea consciente de su estado de sumisión y sin que se sienta obligado a actuar por lo que la usuaria adopta un papel pasivo, sin cuestionar las indicaciones o las intervenciones a las que es sometida.

Ayesta y Vásquez (27), refuerzan que esta violencia es la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (28).

Triangulo de la violencia

Hablar de violencia obstétrica es hablar de violencia de género que es “considerado un fenómeno contra las mujeres que interrumpe la esfera social, tanto en el ámbito público y privado, en el que no existe un conocimiento exacto de dónde, cómo, cuándo y contra quién pueda manifestarse” (29).

Agualsaca (29), nos manifiesta que “la violencia contra la mujer ha sido visibilizada como algo normal, mediante las acciones que se ejercen en su cotidianidad, debido que las mujeres desde su nacimiento son marcadas y estereotipadas como inferiores por la sociedad, estigma que llevarán durante todo su ciclo de vida. De la misma manera, esto se constituye como una violación de los derechos humanos, la cual manifiesta la ruptura del derecho a la vida, la dignidad, la integridad física y moral, la autonomía y la libertad”.

Es así, que en los actos médicos enfatizando la atención gineco obstétrica que se les da a las mujeres durante su vida traen consecuencias ya que la falta de información durante la atención, el despojar a su familia duran su trabajo de parto, realizar prácticas arcaicas en las salas de parto, no tener intimidad, re victimizarlas, amenazarlas entre otros, son actos deshumanizantes que afectan en su diario vivir ya que estas experiencias quedaran en sus recuerdos para luego ser ignoradas como algo normal que posterior a ello será naturalizado. Por otra parte, Galtung nos indica que “la violencia puede ser vista como una privación de los derechos humanos fundamentales, en términos más genéricos hacia la vida, eudaimonia, la búsqueda de la felicidad y prosperidad, pero también lo es una disminución del nivel real

de satisfacción de las necesidades básicas, por debajo de lo que es potencialmente posible además puede causar daños visibles e invisibles a las partes implicadas” (30,31).

Por lo cual, Galtung indica que todas estas problemáticas tienen una base en la teoría de conflicto donde la violencia es un ciclo vicioso, que se refleja por medio de un triángulo de violencia en el cual se puede observar como un tipo de violencia con lleva a otra y minimiza los actos violentos de otras violencias.

Es así que la violencia tiene una triple dimensión siendo estas: Directa, Estructural y Cultural.

- **Violencia Directa:** es aquella que se realiza sobre las personas, ya sea física o verbalmente. Es el tipo de violencia más evidente, puesto que es la que se ve, y esa visibilidad la hace más fácil de identificar y por tanto de combatir (11).
- **Violencia Estructural:** se trata de la violencia intrínseca a los sistemas sociales, políticos y económicos mismos que gobiernan las sociedades, los estados y el mundo (32).
- **Violencia Cultural:** se ejerce mediante cualquier aspecto de la cultura que sirve para justificar y legitimar la violencia en sus formas directa o estructural; es decir, por medio de la religión, la ideología, el arte o las ciencias empíricas. Su función es que las otras dos formas de violencia aparezcan, e incluso se perciban, como cargadas de razón o, al menos, que se sienta que no están equivocadas (33).

Triangulo de la violencia

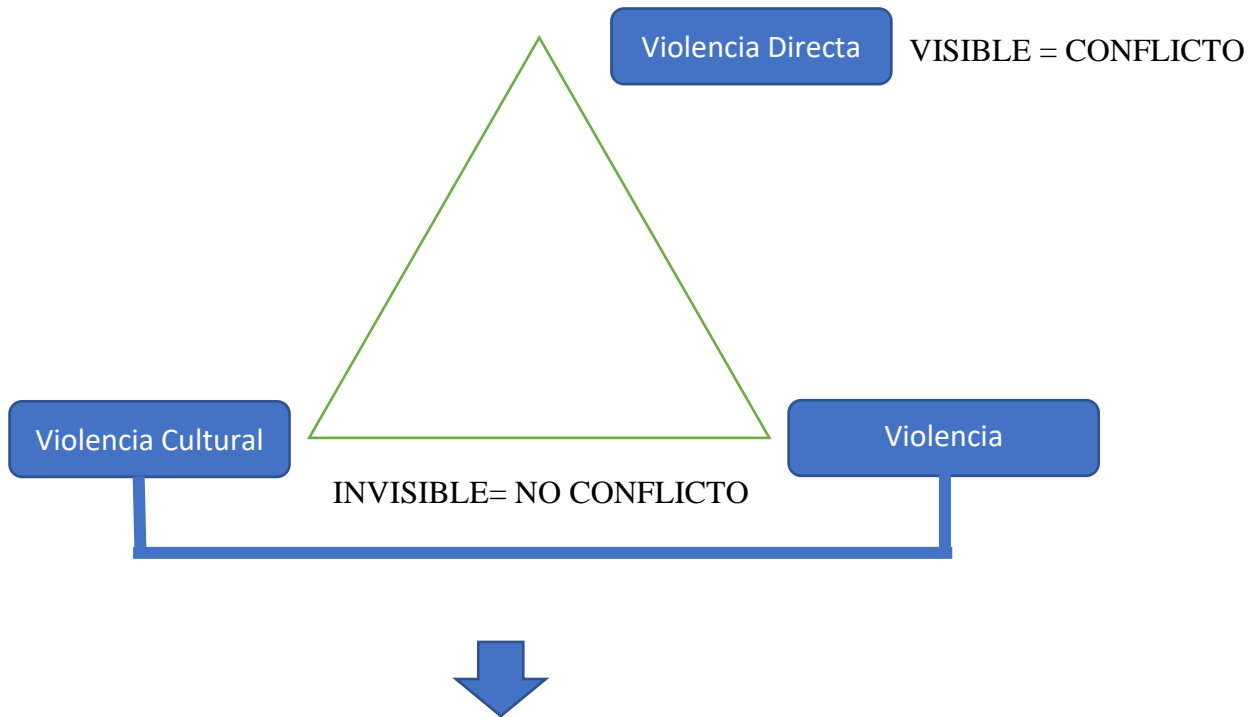


Figura 1: Elaboración propia

Por otra parte, Murialdo (34) manifiesta que la violencia obstétrica está presente como violencia institucional por estar delimitada dentro de los límites de las instituciones de salud, de igual manera la violencia simbólica por implicar actitudes latentes en la acción social que pueden ser agresivas para las personas, concluyendo con la violencia de género por estar orientada hacia las mujeres y sus hijos que pueden conllevar actitudes y representaciones patriarcales.

Triangulo de la violencia obstétrica

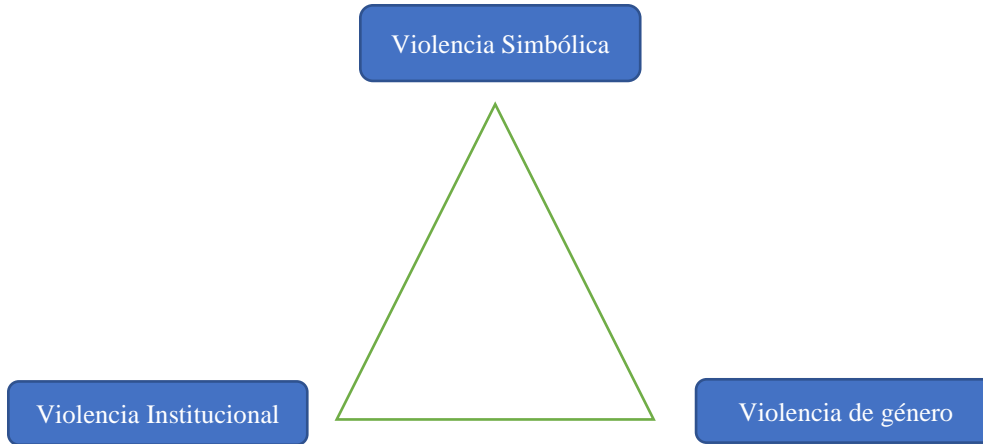


Figura 2. Elaboración propia

Es así, como estos tipos de violencia siguen un ciclo durante la atención de las mujeres donde una con lleva a la otra y donde la violencia obstétrica es entrelazada con cada una.

Por lo tanto, la violencia institucional al estar presente en las instituciones de salud cuando la atención es negada a las mujeres, proporcionar información defectuosa o incompleta, esperas largas para ser atendida en las instalaciones de salud que pueden contribuir a afecciones físicas o psicológicas entre otras, este tipo de violencia con lleva a una violencia simbólica convirtiéndose en una actitud de sumisión, adquirida por las mujeres como medio de protección ante una inadecuada atención, como regaños o aislamiento, docilidad, resultando la naturalización de la violencia en los procesos de atención por parte del personal de salud de igual manera la violencia de genero se vincula por el hecho que la salud es un derecho y estos son vulnerados continuamente por las instituciones de salud (35,36).

Pirámide de la violencia obstétrica

Con lo manifestado anteriormente podemos decir que la violencia obstétrica tiene un sin número de ciclos que se van repitiendo con el paso del tiempo y no llegan a una disminución de este tipo de violencia si no lo contrario va en aumento, para entender más a fondo como se da esta violencia, Espinoza (37) nos propone el modelo de la pirámide de la violencia obstétrica donde consta de cinco vértices:

Una parte visible estando en la punta de la pirámide siendo la violencia obstétrica, mientras los cuatro vértices son la base que sustenta esta pirámide es decir todo el proceso por el cual se produce la violencia obstétrica siendo estos: 1) la violencia de género; 2) la violencia económica del Estado; 3) la violencia presente en el campo médico, y 4) la incipiente cultura de derechos con la que cuenta la sociedad en nuestro país.

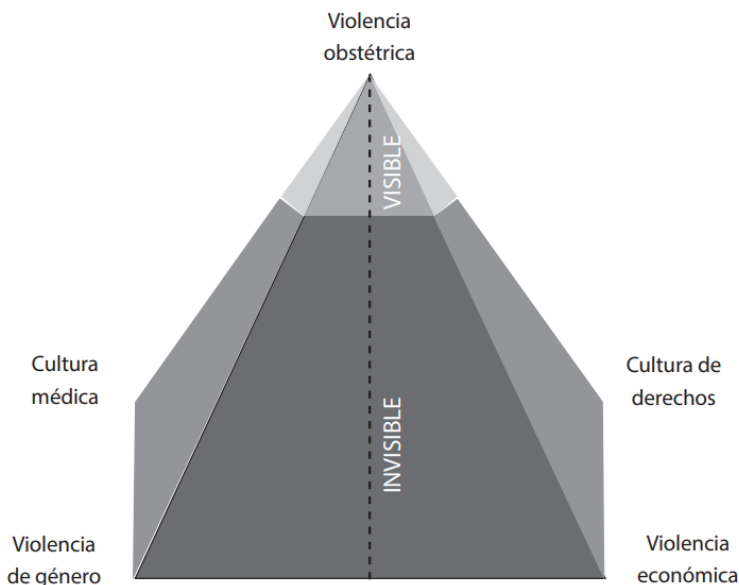


Figura 3. Pirámide de la violencia (37).

Es así que comenzaremos analizar desde la base de la pirámide para llegar a un entendimiento más profundo de cómo se manifiesta la violencia obstétrica para que llegue hacer visible por parte de las mujeres y los profesionales de salud.

- La violencia de género: Es el ejercicio de la violencia que refleja la asimetría existente en las relaciones de poder entre varones y mujeres, y que perpetúa la subordinación y desvalorización de lo femenino frente a lo masculino caracterizada por un sistema simbólico que determina un conjunto de prácticas cotidianas concretas, que niegan los derechos de las mujeres y reproducen el desequilibrio y la inequidad existentes entre los sexos, es así que por medio de la transición del capitalismo se da inicio a la degradación de las mujeres en la sociedad y la subordinación y explotación de los saberes, prácticas y relaciones en torno a sus cuerpos y a la reproducción donde Ehrenreich da el termino de colonización del útero (37,38).
- La violencia económica: Centrada en lo doméstico, en la actualidad comienza a pensarse como un concepto aplicable a niveles macro para representar a una forma de violencia indirecta que es ejercida por las élites de los Estados afectando a gran parte de la población, aunque de manera desigual (33).
- La violencia en la cultura médica: siendo la relación autoritaria que los médicos tienden a establecer con las mujeres durante la atención obstétrica en el campo de la salud, que surge a partir del habitus médico autoritario, cual se desarrolla por medio de un modelo médico hegemónico compuesto por tres modelos siendo estos: 1)

Modelo médico hegemónico 2) Modelos alternativos subordinados y 3) Modelos de auto atención médica (11,33).

- La violencia en la cultura de derechos: donde la ausencia de una sólida cultura de derechos es notoria, no solo por parte de las usuarias del sistema de salud, sino también de los prestadores de servicios (33).

En consecuencia, este conjunto de violencia forman diversas aristas de la violencia que confluyen en la violencia obstétrica donde la apropiación de los cuerpos femeninos y la vulneración de sus derechos tanto sexuales y reproductivos entre otros se dan por parte del personal de salud por el habitus médico con el que fueron formados desde su alma mater donde a pesar de que existen normas no se cumplen y no se respetan las culturas de las mujeres donde el Estado juega un papel importante en esta violencia ya que al no contar con un sistema de salud óptimo las instituciones no podrán dar una atención de calidad y calidez. En otro contexto, Jojoa E, Cuchumbe Y, Ledesma J, Muñoz M, Paja A, Suarez J. nos manifiesta que la violencia obstétrica esta concomitantemente con otros tipos de violencias que están presentes en las prácticas, comportamientos y actitudes en el sistema de salud que afectan a las mujeres de modo negativo en el desarrollo de su trabajo de parto, parto y puerperio, es así que el concluye que las violencias que se engloban son: la violencia institucional, psicológica, simbólica y sexual (35).

Etiología

La violencia obstétrica surge de múltiples causales debido a que, no habido una unificación en su concepto, se han propuestos varias definiciones que engloben el significado más

certero, es así que Martínez nos manifiestas que las causa se dan por origen multifactorial, participando los factores sociales, propios, económicos entre otros, también manifestándose en las instituciones de salud (39).

Además, nos plantea que este tipo violencia se da por la naturalización donde todo acto que realice el personal de salud es aceptado debido a que ellos son el personal apto para manejar cualquier tema relacionado a la salud, de igual manera la desinformación de la población debido a que muchas mujeres no conocen sus derechos en el momento de la consulta, parto y postparto, debido a esto las mujeres tiene el concepto de que los procedimientos médicos son los adecuados sin saber que han sufrido violencia obstétrica (39).

Así mismo, Vallana expresa que la violencia obstétrica se da como el resultado de una doble posición de subordinación de las mujeres gestantes y parturientas en los servicios de salud: 1) aquella que se deriva de la relación propia de su género en un sistema patriarcal, lo que la hace una violencia de género y estructural, y 2) la posición de subordinación que tienen los/las pacientes en un medio altamente jerarquizado, como lo es el sector de la salud; por esta razón, la violencia obstétrica es el resultado de la intersección entre violencia de género y violencia institucional en la atención en salud (40).

Por lo anterior manifestado es donde la violencia obstétrica presenta una posición de subordinación hacia las mujeres en las instituciones de salud, mediante la naturalización y desinformación siendo los principales entes causales de la violencia obstétrica:

- La violencia en las relaciones de poder: se da cuando las mujeres adoptan una conducta de pasividad, obediencia y sumisión, hacia el personal de salud en las instituciones públicas o privadas por lo tanto se produce la relación de poder donde las mujeres pasan hacer un agente pasivo y el personal de salud un agente activo en las atenciones obstétricas (39,41).
- La violencia en el cuerpo femenino: Es la realización de cualquier intervención médica que se realice en los cuerpos de las mujeres sin el consentimiento o innecesaria, por lo cual pueden estar presentes mediante la episiotomía, maniobra de kristeller, maniobra de Hamilton, amniotomía entre otras (39,41).
- La violencia a través de la comunicación: se da cuando el profesional de salud mediante su léxico y conductas maltratan a las mujeres sea durante el embarazo, parto o post parto por lo tanto pueden estar presentes en:
 - Conductas de escasa o inadecuada información: información limitada, nula, escasa o poco clara.
 - Conductas de omisión: falta de atención o indiferencia.
 - Agresión verbal: tono de voz aumentado, impaciencia, frases humillantes, discriminadoras o irónicas, insultos y amenazas (39,41).
- La violencia en forma de servicio: Está presente en las instituciones haciendo énfasis al incumplimiento de las normas establecidas de la institución para brindar una atención integral por parte de las autoridades, incluyendo la falta o ausencia de profesionales de salud, trabas burocráticas para el acceso a los servicios de salud, demora en la atención, condiciones deficientes del servicio(39,41).

- La violencia como violación de derechos: Se debe a la vulneración de los derechos de la paciente por parte de los profesionales de salud y puede estar presente cuando se realizan múltiples tactos vaginales, no poder decidir su posición al parto, no permitir el acompañamiento durante el parto entre otras (39,41).

Tipos de violencia obstétrica

La violencia obstétrica como se ha mencionada anteriormente es invisibilizada y no es tomada en cuenta como una problemática seria a nivel de salud por lo cual es indispensable que sea visibilizada en este enunciado se establecerán una categorización mediante varios autores.

Por lo cual, Bowser y Hill identifican siete categorías que se midieron para determinar la violencia obstétrica partiendo de falta de respeto, así como en el año 2015 las organizaciones mundiales intervinieron en estas categorías sumando el abuso siendo estas: 1) Abuso físico : golpes, fuerza brusca para separar las piernas, presión en el fondo del útero para un parto normal; 2) Atención clínica sin consentimiento: sin consentimiento informado para procedimientos, como cuando el proveedor elige realizar una episiotomía innecesaria; 3) Atención no confidencial: sin privacidad (espacial, visual o auditiva); 4) Atención no digna: humillación a gritos, inculpación o denigración; 5) Discriminación basada en atributos específicos del paciente: estado serológico, etnia, edad, estado civil, idioma, situación económica, nivel educativo, etc.;6) Abandono del cuidado o la atención: centro cerrado a pesar de estar abierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o si está abierto, ningún

personal puede o asiste al parto; 7) Detención en establecimiento: No liberar a la madre hasta que se pague la deuda de la atención en los establecimientos privados (42,43).

De igual forma, Maldonado en conjunto con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en Colombia presenta ocho tipos frecuentes de violencia obstétrica, las cuales son:

1. Aplicación de controles rápidos y poco humanizados. - en estos casos suele suceder que el profesional de salud desatiende las dudas por parte de la paciente, sus temores o no hay una explicación sobre los cambios propios por el embarazo, la atención se limita solo a la consulta médica (44).
2. Omisión por parte de los trabajadores de salud en la aplicación del consentimiento informado. - sucede cuando el profesional realiza un procedimiento sin previamente hablarlo con la gestante, cuyo derecho radica en estar informada en todo momento de las intervenciones que se realizaran, sean estas rutinarias o no (44).
3. Negativa en el ingreso de un familiar o acompañante al parto o controles. – se entiende que solo cuando las instalaciones o por situaciones de riesgo se imposibilite explícitamente la compañía durante el parto, el no hacerlo por simple decisión del profesional supone un tipo de agresión (44).
4. Maltrato psicológico o verbal ante las expresiones o manifestaciones de dolor en la gestante durante el parto dentro de lo habitual se suele escuchar frases como “deje de quejarse”, “no sea floja”, “no grite”, etc. Expresiones que tienen como fin mermar la libre expresión de la persona, en este caso de los sentimientos de la madre (44).

5. Críticas, comentarios inapropiados o reproches. - suele suceder con mayor frecuencia en las madres adolescentes a quienes se les reprocha constantemente de irresponsables durante la atención médica, la emisión de juicios personales que atentan contra la dignidad representan una de las practica más comunes (44).
6. Violación de la privacidad. – se recalca la importancia de disponer de las instalaciones que garanticen condiciones básicas de privacidad, en especial durante el proceso del parto o exploraciones vaginales (44).
7. Cesáreas innecesarias o partos inducidos sin consentimiento. - la aplicación injustificada de fármacos que tienen por fin la aceleración del trabajo de parto en un embarazo de bajo riesgo o la planificación y realización de cesáreas sin pleno consentimiento e información de la embarazada revela una forma de violencia (44).
8. Abandono y desatención. - la negativa o demora en el brindar la atención sanitaria que requiere la gestante de forma oportuna, a la vez que el ignorar las preguntas en el trabajo de parto, el abandono en una sala para que la gestante afronte por si sola el trabajo de parto son las practicas más frecuentes en este tipo de violencia obstétrica (44).

Por otra parte, Morales no manifiesta que la violencia obstétrica se da física y psicológicamente donde se define como:

Violencia Obstétrica Física: Se desarrolla mediante actos o procedimientos invasivos y suministro de medicación no justificada clínicamente por el profesional de salud a la parturienta o de la persona por nacer, realizando actos como tactos vaginales a repetición sin cumplir los estándares mínimos de la normativa, maniobra de Kristeller

acelerando el proceso de expulsión del feto, maniobra de Hamilton con el objetivo de desencadenar el trabajo de parto, episiotomía de rutinas, ruptura artificial de membranas, entre otras (45–47).

Violencia Obstétrica Psicológica: Se dan por el trato deshumanizado, grosero con discriminación y humillación en momentos donde la gestante solicita ayuda para que les guíen y atiendan durante el proceso de su trabajo de parto y parto además en la omisión del consentimiento informado de las intervenciones que se les va a realizar (45–47).

Así en palabras, de Castrillo (24) materializa esta violencia en formas sutiles y formas visibles, donde las formas sutiles tienen una vinculación con el personal de salud donde el criterio clínico es el más óptimo en la salud de las usuarias, por otro lado las formas visibles hacen énfasis a la relación al maltrato en la relación médico-paciente o a efectos extremos (muerte perinatal, heridas físicas, incapacitación, histerectomías, entre otros) más enlazados a la mala praxis que tienden a desviar las discusiones.

Consecuencias Físicas

Este tipo de consecuencias son mayormente visibles y rápidas de reconocer que algo ha pasado, por lo que García (11) nos menciona algunas consecuencias físicas que se generar luego de una violencia obstétrica en las mujeres.

Lactancia

El adecuado desarrollo de la lactancia materna que se da después del parto se debe a múltiples factores dependiendo como transcurrió el parto, si no se realizó demasiado intervencionismo o si hubo complicaciones, experimentando experiencias traumáticas se apreciaran problemas en la madre como en el bebé.

Madre: El exceso de intervencionismo, como el uso de antibióticos, la sobre sobre hidratación intravenosa que llega a provocar ingurgitación láctea, dando un retraso en el proceso fisiológico de la lactancia, agrietamiento de los pezones, obstrucción de los conductos galactóforos, así como las cesáreas limitan las posturas para un adecuado amamantamiento. El uso de antibióticos altera la flora residente provocando mastitis y obstrucciones (11,39)

Recién nacido: Se puede producir hipoactividad debido a la epidural, obstaculizando el apego precoz y la lactancia materna; la oxitocina provoca irritabilidad en los niños, lo que no permite una lactancia tranquila y armoniosa; los problemas de agarre y succión en bebés inmaduros pueden ser el resultado de la inducción del parto antes de tiempo (11,39).

Episiotomía

Es una incisión quirúrgica que se le realiza a las mujeres en el periné para ampliar el canal de parto con el fin de facilitar la expulsión del feto, al realizar esta intervención provoca en muchas mujeres sufran consecuencias físicas, tales como hemorragias o infecciones, que pueden hacer que se perciba el parto como una experiencia traumática, dolor frecuente en la zona perineal (27,48).

Incontinencia

Puede presentarte en distintos grados, producidos por diversos motivos como: los pujos mal dirigidos, posiciones inadecuadas durante el parto, episiotomía de rutina, uso de instrumental, es así que 10% de las mujeres que han tenido un parto vaginal presentan incontinencia urinaria severa, si nos es tratada a tiempo se presentaran complicaciones a largo plazo (39,46).

Cesáreas injustificadas

Los partos por cesárea se asocian con un aumento de dos veces en el riesgo severo de morbilidad materna comparada con partos vaginales, asociándose a complicaciones reproductivas, entre ellas: el aumento del riesgo de morbimortalidad del recién nacido, parto prematuro e incrementa el riesgo de hospitalizaciones en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (46).

Hemorragias

La pérdida de sangre después del parto se debe a que las arterias uterinas se desgarran a causa del desprendimiento de la placenta, debido al proceso de vasoconstricción estas arterias sanan y dejan de sangrar produciendo la contracción uterina, Sin embargo, existen casos en los que el útero se mantiene distendido y sin contraerse lo que provoca que los vasos sanguíneos sigan sangrando, provocando una hemorragia posparto. La incapacidad del útero para contraerse se denomina atonía uterina y puede deberse a la administración excesiva de oxitocina o por un parto prolongado (39).

Dispaurenia

Es el dolor genital persistente o recurrente en la mujer antes, durante o después de la relación sexual, este se presenta luego del parto, siendo secuela de una episiotomía (49) .

Consecuencias Psicológicas

Son consecuencias que pueden presentarse a largo plazo permaneciendo en los recuerdos de las mujeres, trayendo consigo ansiedad, depresión, estrés postraumático entre otras (11).

Depresión post parto

Las mujeres que han experimentado violencia obstétrica tienen la probabilidad seis veces más de desarrollar DPP, siendo factores de riesgo más notorios: el sentimiento de abandono durante el parto, ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos del recién nacido, violencia obstétrica verbal, y violencia obstétrica psicoafectiva y la frustración de la paciente por ser sometida a cesárea cuando no era requerida (46,50).

Síndrome de estrés postraumático (SEPT)

El inadecuado manejo obstétrico y la percepción de cuidados inapropiados en el embarazo, parto o posparto son unos de los principales factores que influyen en el estrés postraumático así como un plan de entrega que no se respetó, ingreso en la unidad de cuidados intensivos, alimentación con fórmula al alta, Laínez nos manifiesta que un proceso traumático del parto debido al elevado nivel de estrés, presenta disminución de las contracciones en su cuerpo aumentando la secreción de adrenalina que interfiere en los mecanismos innatos del vínculo

madre e hijo y la lactancia, produciendo que no pueda haber de inmediato un vínculo afectivo entre los dos (46,50).

Ansiedad

Se caracteriza por pensamientos negativos, imprudencia y excitación por sentimientos constantes de preocupación. Las mujeres en el periodo del puerperio por efecto de los cambios hormonales, son más susceptibles a la presentación o agravamiento de trastornos de ansiedad, siendo más notorio en las mujeres que se encuentran en su tercer trimestre de gestación debido a los riesgos que pueda presentar en el parto, una mala experiencia en las consultas obstétricas este periodo es asociado al momento con mayor vulnerabilidad debido que es el momento donde van a conocer a su hijo (46).

En otro contexto, Laínez et al (46) nos manifiesta que al ejercer violencia obstétrica a las mujeres se las lastima y producen “una experiencia que ha causado un quiebre o interrupción en la vida de una persona y su contexto inmediato, que incluye sus relaciones con la pareja, familiares o comunitarias. Pueden ser cambios, lesiones o huellas visibles o invisibles a nivel físico, emocional, psicológico o de salud”, por lo cual las consecuencias producidas por este tipo de violencia pueden percibirse a corto o largo plazo, con distintos grados de severidad, que en algunos casos pueden llegar a ser irreversibles (51).

Consecuencias a corto plazo

Este tipo de consecuencias se presentan en las mujeres estando presente desde que las mujeres están en labor de parto ya que se asocian al maltrato y comportamiento abusivo durante el parto, relacionándose con procedimientos e intervenciones innecesarias que afectan el curso fisiológico del trabajo de parto determinando un gran riesgo de cesárea y complicaciones como trauma vaginal, hemorragia posparto, lesiones físicas abdominal ejercida por profesionales de la salud, romper el vínculo afectivo entre madre e hijo, así como la relación afectiva y sexual entre la pareja, alteración de la lactancia materna entre otras (52).

Consecuencias a largo plazo

Estas consecuencias se van a percibir cuando las pacientes ya se encuentren recuperadas y en sus hogares donde el recuerdo de su parto es asimilado como algo traumático e irrepetible lo que produce el deseo de no tener un nuevo embarazo, no confiar en el personal de salud a cargo por lo que la confianza se ha perdido y muchas de ellas no quieren volver acceder al sistema de salud (52).

Percepción

Según Carterette y Friedman (53), definen a la percepción como una parte esencial de la conciencia; donde consta de hechos intratables siendo el resultado del procesamiento de información que consta de estimulaciones a receptores, además es biocultural porque, depende de estímulos físicos y sensaciones involucrados y, también, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones (20).

Es así que, Morales (45) no dice que la percepción se caracteriza por ser:

- Subjetiva: las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro (54).
- Selectiva: es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir (54).
- Temporal: Se da en un tiempo a corto plazo donde la evolución de percepción se da a medida de las experiencias, las necesidades y motivaciones del individuo (54).

Es así que la percepción de las personas es individualista donde a cada una de ellas se da por sus experiencias propias en la vida donde confluyen distintos factores que provienen del mundo exterior en donde se desenvuelve, así como de factores internos de la misma persona siendo la necesidad, motivación experiencias.

Violencia obstétrica en el marco legislativo a nivel mundial y latinoamericano

Violencia obstétrica a nivel mundial

Al final de la segunda guerra mundial, en 1947 se crea la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), dando inicio a la creación de bases teóricas sobre los derechos humanos, publicándose en el año 1948 la Declaración Universal de Derechos Humanos, siendo los derechos universales, inalienables e indivisibles, teniendo mayor énfasis en esta investigación:

Artículo 1: Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros (55).

Artículo 2: Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición (55)

Artículo 25: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (55).

Es así, que esta declaración en relación a la violencia obstétrica nos manifiesta que las mujeres desde su nacimiento son libres de decir, al igual que su maternidad garantizando un nivel de vida adecuado, por lo tanto, la mujer ya comienza a tener igualdad de derechos.

Posterior a ello, en el mismo año se crea en Bogotá La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, dando inicio a la protección de la maternidad como tal, más no a las mujeres durante su ciclo de vida, siendo el artículo 7 donde nos dice que “toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayudas especiales” además, en 1976 el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, de igual manera se relaciona en

otros artículos a la protección de las mujeres durante su etapa de gestación y post parto (56,57).

En otro contexto, Marín (58) ratifica que las mujeres a lo largo de la historia han sufrido cualquier ímpetu por lo que sea normalizado por parte de ellas, ya que estos se dan en ámbitos públicos como en privados, siendo el ambiente familiar donde ocurre con mayor frecuencia, afectando principalmente a las mujeres y disminuyendo su calidad de vida.

Por todos los acontecimientos en contra de las mujeres en 1981 entra en vigor la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), con el propósito de eliminar la discriminación y la búsqueda de la igualdad de género, reconociendo a las mujeres como un gran aporte para las familias, es así que se manifiesta en respecto a la salud:

Artículo 12:

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia (59).
2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos

cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia (59).

Artículo 16: Derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos (59).

En consecuencia, por parte del amparo de la CEDAW a las mujeres muchos colectivos en contra del maltrato realizaban sus reclamos debido a una atención indigna donde las mujeres eran tratadas como objeto más no como ser humano intensificándose en la atención gineco obstétrica en especial en el embarazo, parto y post parto.

Cabe considerar por otra parte, surge la Declaración de Fortaleza en 1985 donde hace hincapié a la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el modelo biomédico de atención durante la gestación y concluyendo que toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo la participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención (60).

En definitiva, esta declaración recoge 14 recomendaciones generales, 14 recomendaciones específicas y 10 recomendaciones todas en base para una tecnología apropiada para el parto. Además, en 1994, se realiza la “Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Belém do Pará), donde se manifiesta:

Artículo 1: Debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado (61).

Por otra parte, en el Cairo se realiza la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) donde realza el empoderamiento de la mujer y la mejora de la situación de las niñas, reconociendo por primera vez el derecho a la salud sexual y reproductiva, como estrategia importante para la reducción de la pobreza, mejora de la salud y la calidad de vida (62).

También, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, derivada de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995, ratifica la salud sexual y reproductiva tomando importancia a los procesos que tiene que pasar las mujeres en su ciclo de vida y no solo preocupándose de la maternidad si no afianzando los derechos de las mujeres, con el compromiso de “Garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y la atención de salud y promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación” (63).

No obstante, en 1996, en Ginebra, la OMS publicó una guía práctica sobre los cuidados en el parto normal clasificando en cuatro categorías: A. Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas. B. Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y que debieran ser eliminadas. C. Prácticas de las que no existe una clara evidencia para

fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.

D. Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente con el fin de tener un sistema que disminuya los riesgos de las mujeres favoreciendo el proceso de un parto normal (64).

Así mismo, en el año 2002 publica que a través de estudios se evidencia la continua practica y uso de tecnologías inapropiadas en el cuidado perinatal a nivel mundial, debido a este acontecimiento se implementa los diez principios del Cuidado Perinatal en el cuidado del embarazo y parto normal con el fin de asegurar la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo (65).

Mientras en 2012, el Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará, el Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de esa convención (MESECVI) es donde se inicia a entrever que existe la violencia obstétrica en los Estados, pero al mismo tiempo es desalentador ya que concluyen que en este tipo de violencia no existe un interés sobre este tema por lo que no se crean leyes para contrarrestar este tipo de violencia por parte de los Estados miembros (66).

Luego la OMS EN 2014 realiza la publicación de la Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud poniendo énfasis 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” debido a múltiples informes que hacen visible el maltrato

que pasan las mujeres en las instituciones salud por parte del personal de salud evidenciando la realidad del maltrato físico como verbal, humillación, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto llevando a complicaciones que podrían ser mortales, pero evitables (67).

Es así, que la OMS manifiesta que el acceso universal a una salud sexual y reproductiva debe ser segura, aceptable y de buena calidad, especialmente el acceso a los anticonceptivos y a la atención de la salud materna, por lo cual puede reducir drásticamente los índices globales de morbilidad materna (67).

En el año 2018, una tercera parte de las muertes maternas y un porcentaje considerable de los trastornos potencialmente mortales relacionados con el embarazo se atribuyen a complicaciones aparecidas durante el trabajo de parto, el parto o el período puerperal inmediato, a menudo como resultado de una hemorragia, detención del trabajo de parto o septicemia además que en las instituciones de salud a nivel mundial, se dan con recurrencia una atención no integral, en especial a la población vulnerable donde sus derechos humanos son vulnerado produciendo un obstáculo para la atención durante el parto.

Por consiguiente, la OMS publica las recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva donde manifiestan cincuenta y seis recomendaciones, que se enfocan a la disminución de las intervenciones innecesarias, a mejorar las experiencias de la atención de las mujeres a través de profesionales amables y técnicamente capaces, siendo ellas las protagonistas de su labor de parto, parto y post parto (68).

Sin embargo, en el año 2019 debido a la intensificación del maltrato y la violencia contra las mujeres que experimentaban durante la gestación, parto y post parto, así como en su salud reproductiva en las instituciones de salud, pasando hacer constante y notoria por las denuncias y a pesar de contar con recomendaciones expuestas anteriormente se realizó la Asamblea General de las Naciones Unidas emitiendo un informe de Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica.

Por lo cual, este informe reconoce que las mujeres han sufrido maltrato no solo en su periodo de gravidez, si no cuando solicitan otras formas de atención de la salud sexual y reproductiva como exámenes ginecológicos, el aborto, tratamientos de fecundidad y anticonceptivos y en otros contextos de salud sexual y reproductiva, además el término violencia obstétrica hasta la fecha no es reconocido por lo que la relatora nos manifiesta que el término más amplio a maltratos, discriminación entre otras faltas es “violencia contra la mujer durante la atención del parto.

Concluyendo, la relatora que los Estados también deben elaborar estrategias nacionales sobre los servicios de salud reproductiva y la atención del parto, a fin de garantizar unos tratamientos respetuosos, dignos y basados en los derechos humanos en el contexto de la atención del parto y otros servicios de salud reproductiva, en consonancia con las normas internacionales de derechos humanos de las mujeres, que incluyen el respeto de la privacidad y la confidencialidad (6).

Violencia Obstétrica en Latino Americano

En 2007, en Venezuela entra en vigencia la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia dando una definición a la violencia obstétrica como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (69).

Además, en su Artículo 51 considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.

3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Es así, que estas definiciones refuerzan la integridad de la mujer, pudiendo decidir libremente sobre las necesidades que le acogen, teniendo su propia autonomía en su cuerpo y poder ser la protagonista de su gestación, como de su parto y post parto vinculando el apego inmediato madre e hijo (69).

De la misma forma, seguido por Argentina en 2009 fue tipificado la violencia obstétrica por la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (Ley N° 26.485) donde reconoce la violencia obstétrica como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”, complementando con la Ley Parto Humanizado (Ley N° 25.929) donde todas las mujeres en estado de gestación, labor de parto, parto y postparto tiene el derecho de ser informadas de las

intervenciones que se les va a realizar así como su evolución durante el trabajo de parto, trato digno con respeto, respetar los tiempos fisiológicos de las mujeres, entre otros (70,71).

Continuando, en relación al tema en 2013 Bolivia aprueba la Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia donde no existe el termino violencia obstétrica como tal si no que se emite como una Violencia en Servicios de Salud donde toda acción discriminadora, humillante y deshumanizada y que omite, niega o restringe el acceso a la atención eficaz e inmediata y a la información oportuna por parte del personal de salud, poniendo en riesgo la vida y la salud de las mujeres (72).

Así mismo, en México a través de la Comisión de Igualdad de Género aprobó la incorporación del concepto de violencia obstétrica a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, definiéndola como “toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio” de igual manera la negligencia en la atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, considerando como tales la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas (73).

Mientras en Panamá, la Ley de Protección Integral Violencia obstétrica contemplada en la ley integral de violencia se define como aquella que ejerce el personal de salud sobre el

cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato abusivo, deshumanizado, humillante o grosero (74).

La violencia obstétrica en el contexto ecuatoriano

La violencia obstétrica, es un tema recientemente que está tomando fuerza en Latinoamérica, en el Ecuador se analizará a partir de las leyes más actuales que cuenta el país, sin embargo, las leyes como: La Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia en 1995, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia 2006, Código Penal del 2005, Código Orgánico de la Función Judicial 2009 entre otras fueron una base importante para poder tener una definición y estructura de la violencia obstétrica en el contexto ecuatoriano.

La Constitución de la República del 2008, es el ente regulador del Estado acogiéndose a la población actual del territorio ecuatoriano, con un enfoque garantista de derecho por cuanto se ajusta a la demanda y necesidades de la sociedad siendo los artículos con relevancia en esta investigación:

Artículo 11: garantiza los derechos de la mujer a no ser discriminada por razón alguna y obliga al Estado a realizar acciones afirmativas para promover una igualdad real, en favor de titulares de derechos que se hallen en situación de desigualdad, como es el caso de las mujeres, los niños, niñas, adolescentes, personas de la tercera edad y personas con discapacidad (75).

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a: 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo,

social y laboral. 2. La gratuidad de los servicios de salud materna. 3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto. 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia (75).

Artículo 66: garantiza tu derecho a la integridad física, psíquica, moral y sexual y a que disfrutes de una vida libre de violencia en el ámbito público y privado (75).

Artículo 155: violencia es considerada cualquier acto que cause maltrato de tipo físico, psicológico o sexual a la mujer, ejecutado por un miembro de la familia u otros integrantes del núcleo familiar (cónyuge, pareja en unión libre, conviviente, ascendientes, descendientes, hermana, hermano, parientes hasta el segundo grado u otras personas con las que en algún momento ha tenido vínculos de tipo familiar, íntimo, afectivo, conyugal, convivencia, amorío o cohabitación (75).

Artículo 360: El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas (75).

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará,

regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector (75).

Art. 363.- El Estado será responsable de:

2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud (75).

El ente regulador, de las problemáticas que se presentan en el sistema de salud nacional es la Ley Orgánica de Salud, por lo cual en el año 2006 se actualiza esta ley donde:

Artículo 6: numeral 6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera;

7. Establecer programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables (76).

Artículo 20: Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y

contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad (76).

Artículo 21: El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (76).

Artículo 23: Los programas y servicios de planificación familiar, garantizarán el derecho de hombres y mujeres para decidir de manera libre, voluntaria, responsable, autónoma, sin coerción, violencia ni discriminación sobre el número de hijos que puedan procrear, mantener y educar, en igualdad de condiciones, sin necesidad de consentimiento de terceras personas; así como a acceder a la información necesaria para ello (76).

Artículo 31: El Estado reconoce a la violencia como problema de salud pública. Es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, de los servicios de salud, organismos seccionales, otros organismos competentes y de la sociedad en su conjunto, contribuir a la disminución de todos los tipos de violencia, incluidos los de género, intrafamiliar, sexual y su impacto sobre la salud (76).

Por consiguiente, se realiza una actualización del Código Integral Penal (COIP) en 2014 para estar acorde a la población actual considerando que la Violencia contra las mujeres o miembros del núcleo familiar “es toda acción que consista en maltrato, físico, psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del

núcleo familiar”, lo que se puede palpar es que el COIP hace relevancia a la penalización de la violencia física, psicológica y económica, más no la violencia gineco-obstétrica como tal, y otros tipos de violencia debido a que las antes mencionadas violencias tienen mayor relevancia para la política ecuatoriana en ese año ya que eran las más notorias en la población ecuatoriana (29).

Por parte del artículo 146, de este código comienza a tomar énfasis en los profesionales donde estipula que la persona al infringir un deber objetivo de cuidado, en el ejercicio o práctica de su profesión, ocasione la muerte de otra, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años (77).

Además en el año 2016, se crea la Normativa Sanitaria para la Certificación como Amigos de la Madre y del Niño, para los establecimientos de salud del sistema nacional de salud, que atiendan partos, donde tiene como objetivo “proporcionar al personal de salud, directrices que le permitan brindar una adecuada, oportuna y segura atención a las mujeres y los recién nacidos, durante el embarazo, parto y posparto en los establecimientos de salud que atienden partos, como una estrategia para contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna y neonatal” esta normativa deben cumplir los establecimientos públicos como privados por lo que deben constar con cuatro componentes: Componente general, Componente prenatal, Componente parto y posparto y Componente lactancia materna (78).

Es así, que luego de luchas civiles contra el maltrato de las mujeres que son evidenciadas en el país con alto incremento y con normativas que aparan a las mujeres y no se observa una disminución se crea la Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia de Género contra las Mujeres (2018) donde se incorporó por primera vez en la normativa ecuatoriana la violencia gineco- obstétrica donde engloba no solo a la maternidad, parto y postparto si no a las mujeres en edad reproductiva independientemente se encuentre en periodo de gestación definiéndola como:

Toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos. Se expresa a través del maltrato, de la imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas o la violación del secreto profesional, el abuso de medicalización, y la no establecida en protocolos, guías o normas; las acciones que consideren los procesos naturales de embarazo, parto y posparto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres en toda su diversidad y a lo largo de su vida, cuando esta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico”(1).

Siguiendo la línea de los acontecimientos, en el año siguiente se realiza la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (ENVIGMU), donde la violencia gineco-obstétrica tiene un apartado para posteriores estudios donde revelaron las primeras estadísticas que sufrían las mujeres ecuatorianas con este tipo de violencia(7).

Mediante la ENVIGMU se tomó en cuenta la violencia gineco-obstétrica y la violencia obstétrica donde dio como resultado que 48 de cada 100 mujeres en el Ecuador, han experimentado por lo menos un hecho de violencia gineco-obstétrica a lo largo de su vida, siendo la población más afecta las mujeres del área rural, mientras que 42 de cada 100 mujeres en el Ecuador, han experimentado por lo menos un hecho de violencia obstétrica a lo largo de su vida ratificando que las mujeres en el área rural son las más afectadas.

Mientras que, a nivel provincial el mayor índice de violencia gineco-obstétrica y obstétrica se da en la provincia de Morona Santiago, seguidas por la provincia de Imbabura, Carchi, es así que a nivel de auto identificación étnica las mujeres indígenas son las que mayor presencia de violencia gineco-obstétrica y obstétrica han sufrido, del mismo modo las mujeres analfabetas y adultas mayores de 60 años son las más vulnerables a este tipo de violencia.

Por lo tanto, estudios posteriores en relación a este tipo de violencia como Domínguez y Sánchez en el año 2018, realizaron una investigación con el fin de determinar la percepción de las usuarias sobre la atención obstétrica recibida donde la población fue de 150 usuarias quienes reflejaron como resultado que el 59.33% de las usuarias recibieron comentarios inapropiados, 77.33% fueron llamadas con sobrenombres y 36% recibieron agresión verbal; además el 72% de las usuarias no se les permitió optar por una posición de preferencia, al 72.67% se les negó el acompañamiento de una persona de confianza, y el 65.33% no tuvo la oportunidad del pego precoz, en cuanto referente al proceso de aceleración del parto el 100% de las usuarias se les realizó este procedimiento sin consentimiento informado, el 48% se les practicó episiotomía, el 32.67% recibieron conducción y 11.33% se les realizó rotura

artificial de membranas. Concluyeron que hubo violencia obstétrica y en algunos casos la percepción por parte de las usuarias fue en alto grado (79).

Además, por parte de Calle et al en 2022 realizaron un estudio en la ciudad de Cuenca siendo el resulta de dicho estudio de 270 mujeres que el 73,7% presenciaron violencia gíneco-obstétrica a lo largo de su vida, el 63% señaló que durante la labor de parto y parto le hicieron tacto vaginal en reiteradas oportunidades, un 65.9% recibió gritos, regaño o insulto, al 53.7% le pidieron o exigieron el afeitado, al 67.8% de mujeres no pudieron contar con un acompañante; un 57.4% refieren que esta violencia la vivieron en entidades del Ministerio de Salud Pública (MSP), el 44.1% contestaron que no comunicaron por vergüenza (80).

CAPITULO 2

Metodología

Diseño de la investigación

Para alcanzar los objetivos de esta investigación, bajo el paradigma postpositivista se desarrolló una investigación cualitativa.

Población de estudio

La población de la Asociación de Obstetras Promotoras por el Cambio (AOPC) está conformado por 40 socias activas de lo cual se realizó a una saturación de categorías, siendo la población final del estudio de 8 obstetras.

Técnica e instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos fue una guía de entrevista con ocho preguntas para indagar y averiguar opiniones a profundidad sobre la problemática de estudio.

La guía de entrevista, donde se recolectó la información mediante una comunicación directa entre el entrevistador y el entrevistado, fue previamente validada por tres obstetras expertas en la temática de violencia gineco-obstétrica.

Fuentes de información

Las fuentes que se utilizaron son fuentes primarias siendo esta la entrevista a las obstetras de la AOPC y las fuentes secundarias realizando una revisión bibliográfica a profundidad.

CAPITULO 3

Análisis de resultados

La presente investigación tuvo la participación de ocho profesionales de salud obstetras, cuyas edades oscilan entre 27 a 40 años, con ejercicio profesional de más de 5 años en el ámbito público como privado, todas siendo socias activas de las Asociación de Obstetras Promotoras por el Cambio Ecuador que residen en la ciudad de Quito.

La entrevista tuvo como eje central determinar la percepción de la violencia gineco-obstétrica en la práctica profesional, por lo que se realizaron preguntas semiestructuradas a profundidad mediante una cronología de lo macro a lo micro en referencia a este tipo de violencia.

Pregunta 1

¿Considera usted que los protocolos de atención gineco-obstétricos del MSP vigentes responden a la realidad de las usuarias que atiende en la consulta?

Las ocho entrevistas concordaron que los protocolos vigentes de atención gineco- obstétrica del Ministerio de Salud Pública no responden a la realidad de la población.

La **entrevistada 1** manifiesta que “La normativa de nuestro estado, que tiene vigente no acoge la realidad de las usuarias durante su atención, debido a que los protocolos son temas

burocráticos que se realizan para poder obtener permisos de funcionamiento y que las instituciones de salud cuenten con la actualización necesaria para obtener este permiso”

Por otra parte, la **entrevistada 2** nos argumenta que “No contamos con protocolos que se acojan a la realidad de la población, debido a que la población de embarazadas es mayor en adolescentes y los protocolos se basan en mujeres en edad fértil globalmente a pesar que se cuenta con la "Norma Técnica para la Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño – ESAMyN se refleja poco a la realidad de la población ya que el territorio ecuatoriano es multicultural y pluricultural”.

Mientras, que la **entrevistada 3** nos dice que “Los protocolos no responden a la realidad de las usuarias, declarando que son obsoletas estas guías prácticas clínicas debido que en el 2016 es la última actualización que presenta la página web donde se pueden descargar”. Por su parte, la **entrevistada 4** alega que “Los protocolos no se ajustan a la realidad del país ya que son guías de prácticas clínicas no actualizadas hace 7 años, por lo que la población a la que se dirigían ya no debe ser la misma en la actualidad”.

De igual manera la **entrevistada 5** ratifica que “Los protocolos están establecidos, pero no se ven palpados en la realidad de cada campo en el área de salud debido a que la atención gineco- obstétrica deber llevar una atención multidisciplinaria”, mientras la **entrevistada 6** comenta que “Considero que estos no cumplen debido a que el objetivo es disminuir la muerte materna y esa problemática aumentado en relación de disminuir es así que no cumple con la realidad que se vive en el país”.

Además, la **entrevistada 7** concuerda que “Los protocolos están establecidos, pero no se ven palpados en la realidad de las usuarias que llegan a las consultas debido que los protocolos tienen el objetivo de proporcionar recomendaciones clínicas basadas en evidencia científica, pero al no tener una actualización estos están quedando obsoletos”

Por último, la **entrevistada 8** concuerda que “Los protocolos que el Ministerio de Salud Pública tiene en la actualidad no cumplen con la realidad de las usuarias por lo que con lleva a que no se de una atención gineco- obstétrica integral, debido a que no están actualizados siendo el 2016 la última actualización de los protocolos y en la actualidad la realidad del país ha cambiado pasando hasta por una pandemia”.

Pregunta 2

¿Cree usted que existe una relación de poder entre el personal de salud y las usuarias de la atención ginecoobstetricia?

En el desarrollo de la entrevista cuando abordamos a profundidad si existe una relación de poder entre el personal de salud y las usuarias de la atención gineco-obstétrica, se encontró que de las ocho entrevistas siete concordaron que existe una relación de poder entre el personal de salud y las usuarias de la atención ginecoobstetricia, mientras una manifestó que no existe una relación de poder por lo que la **entrevistada 1** argumenta que “existe una relación de poder en la consulta debido a que el personal de salud tiene autoridad en las

instituciones siendo el encargado de velar y cuidar por la salud, dónde su criterio es el que toma mayor relevancia al momento de un diagnóstico lo que conlleva que el profesional de salud tenga el poder de qué es lo más adecuado en la atención”. Mientras la **entrevistada 2** nos indicó que “Las autoridades que se encuentran al mando de la atención buscan dar una atención de calidad donde su conocimiento es el más importante por el mismo hecho de tener el conocimiento del tema que se está tratando en la atención”.

Por otra parte, la **entrevistada 3** ratifica “La relación de poder existe debido a que, en la atención el personal pasa a ser quien dirige la consulta dando el diagnóstico y tratamiento a las usuarias, en cuanto se desarrolla la consulta hay un manejo muy poco bioético por parte del profesional debido que se juzga a las mujeres por sus multiparidad o por la ausencia de tener un hijo”.

Sin embargo, la **entrevistada 4** nos comentó que “La relación de poder se da desde las instituciones donde el profesional debe acatar órdenes de la institución para que allá un mejor manejo de las situaciones que se puedan dar pues si no se acatan las medidas establecidas puede haber sanciones al personal de salud”.

Por otra parte, la **entrevistada 5** nos argumenta que “Desde el momento que el ser humano comienza a tener conocimiento, educación continua donde se compara a la educación que es igual a poder debido a que la persona que contara con los conocimientos en el campo que se

desarrolle la atención, desde la academia no nos enseñan hacer agente de cambio, para sensibilizar a los estudiantes ya que es más técnico con base científica”.

Además, la **entrevistada 6** concuerda que existe “relación de poder por parte del personal de salud considerándose jerárquicamente y que se visualiza en la atención donde no hay una comunicación efectiva por parte del profesional hacia las usuarias, teniendo una atención poco integral”.

Conforme a la pregunta, la **entrevistada 7** no dice que “La relación de poder generalmente se da por parte del profesional de salud debido a contar con una educación superior tiende a sentir una superioridad a la usuaria que acude a la consulta, debido a que en las universidades siempre el conocimiento se basa en hechos científicos”.

Por último, la **entrevistada 8** argumenta que “La relación de poder siempre ha existido solo que siempre es invisibilizada y naturalizada por parte de las mujeres debido a que muchas de ellas no tienen el conocimiento de sus derechos en los que ellas puedan decidir y se confían que la mejor opción es lo que el profesional de salud les aconseja acatando todas las indicaciones que les da sin saber que esto puede estar bien o mal o llegar a ser una práctica violenta”.

Pregunta 3

¿Cómo definiría usted la violencia gineco-obstétrica?

En cuanto la definición de violencia gineco-obstétrica las ocho entrevistadas la definieron como “maltrato a la paciente donde los abusos pueden ser físico y psicológicos, acompañados de negación a la información de sus procedimientos médicos, vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos”.

La **entrevistada 1** argumenta que es “La negación de información por parte de los profesionales de salud y la vulneración de sus derechos”, mientras que la **entrevistada 2** nos dice que es “ Cuando las mujeres acuden a una institución a realizarse una atención y el personal de salud produce maltratos físico o psicológicos”, en tanto la **entrevistada 3** define que “son acciones que realiza el personal de salud consciente e inconsciente donde se puede ocasionar trastornos físicos y psicológicos a las usuarias”, de igual manera la **entrevistada 4** define que “Es cuando el profesional de salud vulnera los derechos de la usuaria al momento de la atención cuando no se toma en cuenta su opinión, sus derechos sexuales y reproductivos son cuestionados”, es así que la **entrevistada 5** reitera que es “Negar información relevante durante su atención donde se trata de asesorar a las mujeres siendo la falta de empatía del profesional de salud hacia la persona, realizando actividades que no están normadas en una atención de calidad realizando daño psicológico y físicos”.

Sin embargo, la **entrevistada 6** nos dice que “La violencia no es solo física, es la falta de respeto hacia las mujeres vulnerando no solo los derechos también la cultura, creencias de los pueblos indígenas hasta imponer procedimientos que no son necesarios”.

Por otra parte, la **entrevistada 7** nos indica que “Es cualquier daño que se le produzca a la mujer durante su atención gineco-obstétrica en cualquier etapa de su ciclo de vida”.

Culminado esta pregunta la **entrevistada 8** manifiesta que este tipo de violencia “Se puede definir como la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante la atención ginecoobstetricia siendo la más visible la violencia obstétrica física y psicología debido a que se puede palpar durante la atención los tratos deshumanizados a las mujeres por parte del personal de salud cómo es la realización de episiotomías, maniobra de kristeller entre otros”.

Pregunta 4

¿Cuales considera usted que son los principales patrones o conductas de la violencia gineco-obstétrica en la atención?

En cuanto a los principales patrones o conductas de la violencia gineco-obstétrica en la atención definidos en la entrevista cinco manifestaron que la mecanización de la atención, maltrato verbal desencadena, mientras dos concordaron que la falta de humanización por parte del personal de salud, omitir información del procedimiento y una manifestó que los patrones se dan en las instituciones académicas.

Es así, la **entrevistada 1** argumenta que los patrones de conducta están presentes “en la mecanización de la atención gineco- obstétrica debido al tiempo reducido para su atención, siendo estos la atención de parto en litotomía, la episiotomía, tactos vaginales en las

consultas, la especuloscopia”, por lo tanto la **entrevistada 2** nos dice que los patrones se dan “A través del maltrato verbal hacia las mujeres donde el personal de salud cuestiona el accionar de las mujeres y en algunos casos las instituciones donde se laboran son docentes asistenciales, donde los estudiantes puede ver ese maltrato y replicarlo en un futuro, así como la paciente es un objeto de estudio cuando los estudiantes están con su tutor”.

Mientras la **entrevistada 3** dice que “Es la realización de procedimientos sin consultar a la paciente ya dando por hecho que ella esta predispuesta a estos procedimientos”, además la **entrevistada 4** nos menciona que estos patrones “Se dan desde el área académica donde se forman profesionales que deben de saber todo y no se deben equivocar en las intervenciones, la atención integral en el campo de salud es disminuido, el exceso laborar conlleva a un cansancio y este puede producir negligencia médica.

Por otra parte, la **entrevistada 5** manifiesta que “El profesional no tiene un vínculo medico paciente, el omitir procedimientos, la mecanización en la atención se vuelve algo recurrente, así como cohibición de la paciente al momento de la consulta”, de igual manera la **entrevistada 6** comenta que los patrones de conducta “más relevante es la falta de sensibilización al personal de salud, no dar la información a las usuarias durante algún procedimiento, mecanizar la atención por la falta de tiempo”.

Sin embargo, la **entrevistada 7** nos dice que los patrones de conducta “son físicos como la episiotomía, tactos a repetición, parto en posición de litotomía, juzgamiento”.

Por consiguiente, la **entrevistada 8** nos indica que los patrones de conducta que conllevan a una violencia ginecobstetricia “es la respuesta ante las circunstancias que se nos presentan en el momento dependiendo si estamos en atención ginecoobstetricia durante labor de parto, parto es por ello que en salud se siguen guías de cómo manejar esta situación que se vuelven automatizadas y no individualistas en algunos momentos por lo que la episiotomía sigue realizándose en la actualidad a pesar de que no es recomendada, como la hidratación venenosa al momento del ingreso a sala de partos, los tactos vaginales que se realizan en cualquier momento”.

Pregunta 5

¿Cuál cree usted que son los principales factores de riesgo que producen violencia gineco-obstétrica en la atención?

En cuanto a los principales factores de riesgo que producen violencia gineco-obstétrica en la atención, como resultado a los principales factores de riesgo de los ocho entrevistados, tres concuerdan que el tiempo reducido durante la atención, mientras que las otras tres entrevistas manifiestan que es el estrés laboral, falta de conocimiento, deshumanización, por lo cual una entrevistada argumenta que es la medicalización excesiva y por último una entrevista nos dijo que no seguir los protocolos establecidos durante la atención.

Siendo la **entrevistada 1** que argumenta “El tiempo reducido debido a la sobrecarga de papeles administrativos, el estrés laboral, la salud mental del profesional, la corresponsabilidad del profesional de salud y las usuarias”, así la **entrevistada 2** no manifiesta que “La falta de empatía a las pacientes, el cansancio del personal de salud, repetir patrones que nos enseñan en la academia, optimizar tiempo para realizar diversas funciones en el cual calidad se mide a través de la productividad”, por otra parte la **entrevistada 3** dice que “La medicalización en exceso hace que se produzcan un mal manejo de la labor de parto”. Además, la **entrevistada 4** menciona que es “el desconocimiento del profesional de salud, así como de la usuaria, la falta de experiencia no todos los profesionales atienden los mismos casos siendo estos diferentes desde la geografía, población grupo etario, la deshumanización en la consulta no teniendo una relación afectiva con la usuaria”, sin embargo la **entrevistada 5** concluye que estos factores de riesgos se dan iniciando por “Abandono de la consulta prenatal, al momento del parto puede haber un bloqueo mental por parte de las usuarias, mientras que el personal de salud se da falta conocimiento del tema, la mecanización de los procedimientos, el exceso de medicalización entre otros.

En otra estancia, la **entrevistada 6** deduce que “La mayoría de los establecimientos de salud no cuentan con una articulación efectiva con las usuarias dependiendo de su área geográfica produciendo la falta de sensibilización del personal de salud, de conocimiento de este tipo de violencia, no regirse a las normas vigentes que se establecen por el Ministerio de Salud y el poder de los profesionales de salud durante la atención”, mientras la **entrevistada 7** dice que

“El factor de riesgo principal es el tiempo disminuido durante la atención por lo que el personal debe de actuar de manera rápida y oportuna en favor de la salud de la usuaria”.

Concluyendo esta pregunta, la **entrevistada 8** comenta que “Los factores de riesgo que producen la violencia ginecobstetricia pueden estar dados por una atención inadecuada de controles prenatales discontinuos es estrés laboral por parte del personal de salud, la deshumanización del personal desde la academia”.

Pregunta 6

¿Cuál cree usted que son las principales consecuencias que produce la violencia gineco-obstétrica?

En lo que respecta a las principales consecuencias que produce la violencia gineco obstétrica de las siete entrevistadas manifestaron que las consecuencias principales son físicas como incontinencia urinaria, atonía uterina y psicológicas como depresión post parto, ansiedad, así como la disminución en la producción de leche materna, por otra parte, una manifestó que la consecuencia más grave es la muerte materna.

Por ende, la **entrevistada 1** argumenta que las consecuencias que se producen por parte de la violencia obstétrica son “miedo por parte de las pacientes de regresar a una atención gineco obstétrica ya que pueden haber percibido una experiencia mala en su atención como la deshumanización por parte del personal de salud al tomarlas como un dato estadístico”, así como la **entrevistada 2** concluye que las consecuencias “Son afecciones físicas como

incontinencia urinaria, dispauremia entre otras, así como las psicológicas la depresión post parto, ansiedad entre otros.

Mientras la **entrevistada 3** dice que “Las consecuencias traen afecciones en el círculo biopsicosocial de las mujeres, donde el maltrato físico trae a las mujeres una recuperación dolorosa”, además **entrevistada 4** nos alega que “La muerte materna es la consecuencia más grave de este tipo de violencia y esta comienza desde el trato hacia la usuaria pudiendo afectar su estado psicológico, también pueden ser a nivel físico inconscientemente mediante episiotomía, la realización de maniobras bruscas que ya son obsoletas produciendo la atonía uterina”.

Continuamente, la **entrevistada 5** comunica que en las consecuencias “Se pueden dar partos prematuros por falta de controles prenatales, problemas psicológicos y físicos”.

Sin embargo, la **entrevistada 6** manifiesta que “las consecuencias se pueden dar en el puerperio inmediato, como es la depresión postparto, dolor muscular, incontinencia urinaria entre otras”. Por otra parte, la **entrevistada 7** concuerda que las consecuencias “pueden ser múltiples dependiendo el tipo de atención durante la consulta estas pueden ser la estigmatización de la vida sexual o reproductiva de la usuaria en las que ellas pierden la confianza hacia el personal de salud, en el parto la dispauremia luego de una episiotomía, luego dándose en el post parto la disminución de la producción de leche materna”.

Concluyendo con la última la **entrevistada 8** de la pregunta ya antes expuesta plante “Las consecuencias que puede llevar este tipo de violencia son físicas como psicológicas, las físicas pueden darse desgarros, incontinencia urinaria, retraso en la lactancia materna mientras que en las psicológicas no se las va a palpar en ese momento durante el puerperio inmediato, sino que pueden aparecer cuando la mujer se encuentra en su hogar presentándose la depresión posparto, ansiedad esto debido también a cómo fue la experiencia de su parto”.

Pregunta 7

¿Cree usted que la violencia obstétrica es invisibilizada durante la atención gineco-obstétrica?

Las ocho entrevistadas llegaron a la conclusión que la violencia gineco-obstétrica es invisibilizada durante la atención.

Es así, que la **entrevistada 1** argumenta “Se ha invisibilizando y es un tipo de violencia que no se toma en cuenta dándole poco interés, que se esconde detrás de muchos parámetros institucionales donde las políticas de las instituciones pueden respaldar las prácticas violentas durante la atención”, mientras la **entrevistada 2** manifiesta que “La violencia obstétrica tienen un mayor porcentaje de ser invisibilizada en las instituciones públicas debido que deben tener productividad y las malas intervenciones son vistas como algo normal mientras que en las privadas se tiene una mayor precaución que la usuaria se sienta cómoda”.

Por consiguiente, la **entrevistada 3** expone que “Se toma mayor importancia a otros tipos de violencia por el mismo hecho que con llevan a la muerte de las mujeres, pero a la violencia gineco obstétrica se sabe que existe, pero no se realiza ninguna intervención para su disminución desde el mismo hecho que las usuarias no conocen que existe y los profesionales de salud no saben hasta donde deben actuar en sus intervenciones, normalizado que es algo normal donde el parto es igual a dolor”, de igual manera la **entrevistada 4** menciona que “Es muy invisibilizada desde la parte profesional muchos no cuentan con conocimiento de derechos humanos solo a breves rasgos donde su educación abarca conocimientos básicos que no hacen concientizar al profesional de este tipo de violencia”.

Del mismo modo, la **entrevistada 5** comunica que “No contamos en el presente año con datos reales sobre este tipo de violencia y muchas mujeres tiene falta de conocimiento de este tipo de violencia y en la atención muchas mujeres se dan cuenta que son agredidas, pero por el miedo a denunciar estos actos que se dan en la atención, la falta de atención a una consulta segura produce la naturalización de dicha atención volviéndose invisible”,

La **entrevistada 6** plantea que la violencia gineco-obstétrica “esta invisibilizada desde hace muchos años por parte de las instituciones y el legislativo porque a pesar de tener leyes que amparen a las mujeres no se ha generado ningún cambio sobre esta violencia ya que muchas mujeres no saben que existe y se dan cuenta cuando ya han pasado algún proceso y alguien les comenta que lo que sufrió es violencia gineco-obstétrica”

Mientras, la **entrevistada 7** dice que “Si es invisibilizada desde el hecho que las mujeres durante su atención justifican las acciones de los profesionales de salud, por su bienestar y el de su hijo como es el caso de los partos complejo y las usuarias comentan que no le pase nada a su hijo, o del mismo hecho que los profesionales de salud realizan prácticas obsoletas siendo el último recurso que se utiliza para el bienestar de la usuaria”.

Culminando la pregunta, la **entrevistada 8** dice que “La violencia gineco-obstétrica es invisibilizada debido a que la población ecuatoriana no tiene un conocimiento a profundidad cuáles son sus derechos durante su atención donde el profesional de salud tiene la potestad de decidir por el paciente ya que es la persona más apta para decidir qué es mejor y que no, muchas veces los profesionales de salud no están conscientes de qué están realizando este tipo de violencia y se minimiza”.

Pregunta 8

¿Cuáles considera usted que deberían ser los principales cambios en los protocolos de la atención gineco-obstétrica vigente para prevenir de manera oportuna la violencia gineco-obstétrica?

Concluiremos con la entrevista mencionando cuales deberían ser los principales cambios en los protocolos de la atención gineco-obstétrica vigente para prevenir de manera oportuna la violencia gineco-obstétrica, de las entrevistadas dos manifestaron que se debe optimizar el tiempo en la atención, la otras dos entrevistadas concluyeron que se debe tener un menor

tiempo para las actualizaciones de los protocolos, además tres entrevistada nos dicen que deben incluir la humanización del personal de salud en la atención con un enfoque preventivo, mientras una manifiesta que los protocolos deben también enfocarse a pueblos indígenas.

Por consiguiente, la **entrevistada 1** dice que se debe comenzar por “reducir la papelería física ya que se obtiene doble información cuando se realiza también papelería digital, un objetivo de los protocolos es la reducción materna neonatal, pero se debería abordar a través de capacitaciones constantes hacia los profesionales de salud, proyecciones de proyectos que individualicen la atención a las mujeres”, además, la **entrevistada 2** nos comunica que “Se debería iniciar con nuevas reformas en cuanto a la atención que sea más humanística, actualizar de los protocolos al menos pasando unos 5 años de su última publicación.

Por otra parte, la **entrevistada 3** argumenta que “deberían de extender el tiempo de consulta ya que el atender y llenar formularios físicos se reduce el tiempo de examinación, la atención no deber ser medida por datos estadísticos”.

Mientras, la **entrevistada 4** manifiesta que “Se debe reestructurar las guías clínicas en cuanto a los objetivos ya que están mayor mente enfocados a la mortalidad materna y tiene su bibliografía en población extranjera”, de igual manera, la **entrevistada 5** expone que “Los cambios que se deberían realizar principalmente protocolos enfocado en los derechos sexuales y reproductivos con enfoque de género ya que se debe detectar desde la consulta

cual es el origen de esa gestación si es deseada, o es producto de una violación para poder abordar de manera integral”.

Por lo tanto, la **entrevistada 6** anuncia “los protocolos son una guía para el personal de salud, quien con su criterio deberán optar por dar una atención integral con calidad y calidez, por lo que se debería estructura una manera de atención más empática hacia las usuarias, tener un enfoque preventivo”, en relación a la pregunta ya antes expuesta la **entrevistada 7** plantea “se debería de cambiar el modelo de atención siendo más ágil, estructurar un protocolo más inclusivo y cultural ya que los protocolos se enfocan en la población general más no hay uno donde se encuentre la cultura de cada pueblo o nacionalidad indígena ”.

Es así, que culminaremos con la **entrevistada 8** que menciona “Los principales cambios en los protocolos deberíamos comenzar de algo micro a lo macro en relación al país con lo micro que sería comenzar por las poblaciones más vulnerables y luego pasar a lo macro a toda la población del país en el cual deberían de cambiar sus políticas públicas en la atención, generar nuevos proyectos enfocados a la maternidad y la adolescencia, tomar importancia a la educación del personal”.

CAPITULO 4

Conclusiones y recomendaciones

Por consiguiente, a lo expuesto anteriormente y la entrevista a profundidad de la percepción sobre la violencia gineco-obstétrica en la práctica profesional de los obstetras

A continuación, se describen las siguientes conclusiones:

1. Las obstetras que participaron en esta investigación en su totalidad fueron mujeres, en edades de 27 a 40 años en su mayoría casadas, con ejercicio profesional de más de 5 años en el sector público como privado, todas siendo socias activas de la Asociación de Obstetras Promotoras por el Cambio Ecuador que residen en la ciudad de Quito.
2. Los principales patrones o conductas de la violencia gineco-obstétrica en la atención, fueron la mecanización de la atención, sumado al maltrato verbal, la falta de humanización por parte del personal de salud, así como omitir información de los procedimientos que se van a llevar a cabo, generándose estos desde la formación academia donde no hay una formación más humanística.
3. Las consecuencias pueden estar presentes físicamente como es la atomía uterina, incontinencia urinaria siendo visibles en el momento del parto y en su recuperación mientras que las consecuencias psicológicas se pueden presentar en el post parto como la depresión posparto, ansiedad y siendo la consecuencia más grave la muerte materna involucrando a todo el entorno familiar de la usuaria.

4. La relación de poder muchas veces se da por parte del personal de salud debido a que en las instituciones hay un eje jerárquico para la atención, además que el conocimiento para dar un criterio en la atención es el que toma relevancia, es así que el criterio de las usuarias no es tomado en cuenta durante su atención.

5. El personal de salud recibe capacitaciones sobre violencia de género, pero es muy poco la capacitación sobre violencia obstétrica donde este tema no se da a profundidad, para realizar una concientización a los profesionales de salud.

Recomendaciones

Con lo antes ya mencionado en las conclusiones y la percepción sobre la violencia gineco-obstétrica en la práctica profesional se presentan las siguientes recomendaciones:

1. Se recomienda crear programas de educación donde el eje temático sea la violencia obstétrica además allí una participación integral de los profesionales de salud y tomen conciencia de las consecuencias que se producen en las mujeres, así como la humanización de los profesionales.
2. Se recomienda al ente regulador fortalecer las leyes sobre este tipo de violencia, en el que incluyan cuales son los parámetros en los que se produce la violencia obstétrica, amparar a la víctima y no revictimizar en los procesos legislativos.
3. Realizar estudios investigativos con énfasis a la violencia obstétrica en el área de salud para poder palpar la realidad que se presenta en las diferentes áreas geográficas del territorio ecuatoriano y actuar en relación a la población.
4. Monitorizar por parte del Ministerio de Salud a las instituciones del área de salud que apliquen los protocolos y guías que están establecidos para disminuir la violencia obstétrica y las mujeres puedan decidir que ser lo más conveniente en su proceso de atención.

5. Generar materias y proyectos sobre género, violencia y derechos humanos en las instituciones de formación académica en el área de salud, para crear profesionales más cocientes y humanistas sobre estos temas abordándoles desde la prevención.

Bibliografía

1. LEY ORGÁNICA INTEGRAL PARA PREVENIR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES [Internet]. Registro Oficial N° 175. Quito; 2018 [cited 2023 Jul 30]. Available from: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/6131_0.pdf
2. Casadiego Y, Contreras M. Una Mirada hacia la Violencia Obstétrica: “Por un Parto Más Digno” [Internet]. Universidad Cooperativa de Colombia; 2022 [cited 2023 Jun 22]. Available from: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/47140>
3. Corte Constitucional del Ecuador. Negativa de atención en embarazo y violencia obstétrica [Internet]. Vol. 19, Sentencia No. 904-12-JP/19. Distrito Metropolitano de Quito; 2019 [cited 2023 Jun 20]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/11/904-12-jp-19-sentencia.pdf>
4. Rodríguez J, Alejandra M. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. 2021 [cited 2023 Jul 26];35(3):211–2. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv35n3/0213-9111-gs-35-03-211.pdf>
5. MORALES CARRASCO MARÍA FERNANDA. NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA OBSTÉTRICA SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO “ISIDRO AYORA” DE QUITO [Internet]. UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES; 2019. Available from: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/11076/1/TUAEXCOMMGH001-2019.pdf>
6. Organización de las Naciones Unidas. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica [Internet]. Asamblea General de las Naciones Unidas. Ginebra; 2019 [cited 2023 Jun 24]. Available from: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/30/PDF/N1921330.pdf?OpenElement>
7. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Principales resultados de la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres - EMVIGMU. Inec [Internet]. 2019 [cited 2023 Jul 16];2–77. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Principales_resultados_ENVIGMU_2019.pdf
8. Federici S. Mario Sepúlveda Sánchez, editor. Traficantes de Sueños. Madrid: Traficantes de sueños; 2010 [cited 2023 May 14]. p. 367 Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Available from: https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Caliban_y_la_bruja-TdS.pdf
9. Ehrenreich B, English D. Brujas parteras y enfermeras [Internet]. 1ra ed. The Feminist Press. Barcelona: La sal; 1981. 41 p. Available from: <https://we.riseup.net/assets/217402/brujas-parteras-y-enfermeras+1+.pdf>

10. Losa M. Vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: la violencia obstétrica [Internet]. Universidad de la Laguna. Universidad de la Laguna; 2019 [cited 2023 Jul 26]. Available from: [https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/16829/Vulneracion de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres la violencia obstetrica.pdf](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/16829/Vulneracion%20de%20los%20derechos%20sexuales%20y%20reproductivos%20de%20las%20mujeres%20la%20violencia%20obstetrica.pdf)
11. García E. La violencia obstétrica como violencia de género [Internet]. Universidad Autónoma de Madrid; 2018. Available from: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf
12. Biurrun A. La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol [Internet]. Universidad de Barcelona; 2017 [cited 2023 May 10]. Available from: https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/457137/ABG_TESIS.pdf?sequence
13. Cobo C. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA [Internet]. Universidad de Cantabria. [Cantabria]: Universidad de Cantabria; 2016 [cited 2023 Apr 13]. Available from: [https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8917/Cobo Gutierrez C..pdf?sequence=4](https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8917/Cobo_Gutierrez_C..pdf?sequence=4)
14. Landázuri M. Juana Miranda [Internet]. Primera ed. Camacho CL, Grijalva de Dávila A, editors. Quito: Banco Central del Ecuador; 2004 [cited 2023 Jun 18]. Available from: http://www.marianalandazuri.com/Juana_Miranda.pdf
15. Jones SH, Darby A. “La operación con fórceps profilácticos” (1920), de Joseph Bolivar DeLee | La enciclopedia del proyecto embrión [Internet]. 2021 [cited 2023 May 13]. p. 1. Available from: <https://embryo.asu.edu/pages/prophylactic-forceps-operation-1920-joseph-bolivar-delee>
16. Menéndez E, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2012 [cited 2023 Jun 27];38(3):333–42. Available from: <http://scielo.sld.cu>
17. Cáceres D, Giménez M, Veiga M, López D, Toffolón N, Campos F. MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO DE BAJO RIESGO DE TÉRMINO. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 27];2(4):82–115. Available from: https://www.sarda.org.ar/images/2019/2019-2__2_Norma.pdf
18. ¿Qué es la medicalización? – Observatorio de biopolítica [Internet]. 2018 [cited 2023 Jun 12]. Available from: <https://biopolitica.net/2018/09/07/que-es-la-medicalizacion/>
19. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de Asesoría en salud sexual y reproductiva Manual [Internet]. Primera ed. Quito: Dirección Nacional de Promoción de la Salud; 2017. 58 p. Available from: [https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/7503_asesoria ss.pdf](https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/7503_asesoria_ss.pdf)
20. Vargas L. Sobre el concepto de percepción. ALTERIDADES [Internet]. 1994 [cited 2023 Jul 14];4(8):47–53. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
21. Gutiérrez Fernández R. La humanización de (en) la Atención Primaria. Rev Clínica Med Fam [Internet]. 2017;10(1):29–38. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v10n1/especial.pdf>
22. Espinosa L, Alvarez D. CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA DESDE

- LA PERSPECTIVA DE LAS MUJERES CON EXPERIENCIA RECIENTE DE PARTO, EN UNA POBLACIÓN DE BUCARAMANGA [Internet]. Universidad autónoma de Bucaramanga; 2022 [cited 2023 May 16]. Available from: https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/16707/2022_Tesis_Luis_Alfredo_Espinosa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Lafaurie M, Rubio D, Perdomo A, Cañón A. La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* [Internet]. 2019 [cited 2023 Apr 5];36(1657–7027). Available from: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-36 \(2019-I\)/54559086009/54559086009visor_jats.pdf](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-36 (2019-I)/54559086009/54559086009visor_jats.pdf)
 24. Castrillo B. Violencia obstétrica: qué, cómo, cuán-do, dónde, por qué y quiénes: Reflexiones a partir de una investigación situada en Argentina. *Univ Ca' Foscari* [Internet]. [cited 2023 Jun 6];87–101. Available from: https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/DECLARACION_DE_FORTALEZA.pdf.
 25. Arguedas G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe* [Internet]. 2014 [cited 2023 Jun 16];11:145–69. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476947241008>
 26. Almaguer J, García H, Vargas V. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: Una forma de Patriarcado en las Instituciones de Salud. *GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS* [Internet]. 2010 [cited 2023 Jul 12];08:4–20. Available from: <http://weekly.cnbnews.com/news/article.html?no=124000>
 27. Ayesta C, Vásquez A. Violencia Obstétrica: Vivencias Durante El Proceso De Atención Del Nacimiento En Mujeres Atendidas En El Hospital Regional Docente Las Mercedes- 2016 [Internet]. Universidad Señor de Sipán. Universidad Señor de Sipán; 2017. Available from: https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/3068/Ayesta_Vasquez.pdf?sequence=6&isAllowed=y
 28. Castro M, Rates S. Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Revista Panamericana de Salud Publica* [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 22];46:1–8. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55886/v46e242022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 29. Agualsaca J. Normalización de la violencia obstétrica en la atención médica del Ecuador [Internet]. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2021. Available from: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/17514/2/TFLACSO-2021JAAA.pdf>
 30. Galtung J. La violencia: cultural, estructural y directa. In: *Cuadernos de Estrategia 183 Política y violencia: comprensión teórica y desarrollo en la acción colectiva* [Internet]. España: Instituto Español de Estudios Estratégicos; 2016 [cited 2023 Jun 10]. p. 147–68. Available from: https://www.ieee.es/Galerias/fichero/cuadernos/CE_183.pdf
 31. Galtung J. Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia [Internet]. Bilbao: Colección Red Gernika Director; 1998 [cited 2023 Jun 12]. 147–168 p. Available from: <https://www.gernikagoratur.org/wp-content/uploads/2020/05/RG06completo.pdf>

32. Calderón Concha P. Teoría de conflictos de Johan Galtung. *Rev paz y conflictos* [Internet]. 2009 [cited 2023 Jul 5];2:60–81. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/2050/205016389005.pdf>
33. Castro R, Frías S. Violencia obstétrica y ciencias sociales. *Estudios críticos en América Latina* [Internet]. UNAM. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2022 [cited 2023 May 28]. 306 p. Available from: <https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/view/27/294/883-1>
34. Murialdo V. La construcción cultural del parto respetado en Madrid [Internet]. Universidad Complutense Madrid; 2019 [cited 2023 Mar 14]. Available from: <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/5817fc87-c7d4-4fa9-bdfa-62e8afddb320/content>
35. Jojoa E, Cuchumbe Y, Ledesma J, Muñoz M, Paja A, Suarez J. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 15];51(2):135–46. Available from: <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
36. Muñoz G, Berrio L. Violencias más allá del espacio clínico y rutas de la inconformidad: La violencia obstétrica e institucional en la vida de mujeres urbanas e indígenas en México. In: Remedios de Escalada, editor. *Violencia obstétrica en América Latina conceptualización, experiencias, medición y estrategias* [Internet]. 1ra ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Remedios de Escalada; 2020. p. 203. Available from: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/7/20/40-3>
37. Espinoza E. La pirámide de La violencia obstétrica. In: *Violencia obstétrica y ciencias sociales Estudios críticos en América Latina* [Internet]. UNAM. Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2022. p. 103–41. Available from: <https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/view/27/294/883-1>
38. Rico N. Violencia de género: un problema de derechos humanos. *Serie Mujer y Desarrollo* [Internet]. 2004;1:1149–53. Available from: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5855/S9600674_es.pdf
39. Martínez A. VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y CUIDADO DE ENFERMERIA DURANTE EL PROCESO DE PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO-2021 [Internet]. Universidad Tecnica del Norte; 2021 [cited 2023 Aug 25]. Available from: http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/11759/2/06_ENF_1239_TRABAJO_GRADO.pdf
40. Vallana V. "Es rico hacerlos, pero no tenerlos": análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud* [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 27];17(Special Issue):128–44. Available from: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/8125/7319>
41. Bravo C. Percepciones de las parturientas sobre la violencia obstétrica, en el “Centro de Salud Inclusivo Carlos Elizalde” mayo – julio 2018 [Internet]. Universidad de Cuenca; 2016. Available from: <https://www.ucuenca.edu.ec/contactos/295-cat-investigacion/cat-unidades-investig/cac-internal-pdf://0.0.0.151/cat-cea.html>
42. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth

- [Internet]. United States Agency for International Development. University Research Co; 2010. Available from: http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf
43. Karataş E, Bal Z, Barut S, Güney E. Vol. 19, Journal of Clinical Medicine of Kazakhstan. 2022 [cited 2023 Jun 20]. p. 32–9 Components of obstetric violence: A descriptive study on physical abuse, non-consented care and non-confidential care. Available from: <https://www.clinmedkaz.org/download/components-of-obstetric-violence-a-descriptive-study-on-physical-abuse-non-consented-care-and-12286.pdf>
 44. Maldonado H. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 2019 [cited 2023 Jun 19]. p. 1 Violencia obstétrica, ¿cómo identificarla y qué hacer si eres víctima? Available from: <https://www.icbf.gov.co/ser-papas/que-es-la-violencia-obstetrica-y-que-hacer-si-eres-victima>
 45. Morales Y. Transtornos Alimenticios. 2018. p. 91 PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PARTO Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL CENTRO MATERNO INFANTIL DEL CONO NORTE Y SUR DE LA CIUDAD DE LIMA. JUNIO- JULIO DEL 2018. Available from: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2216%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a08.pdf>. 2009 abr-jun; 13(2).
 46. Laínez N, Martínez G de los Á, Portillo D, Alvarenga A, Véliz A. Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. Alerta, Rev científica del Inst Nac Salud [Internet]. 2023;6(1):70–7. Available from: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/419/4193691003/4193691003.pdf>
 47. Cevallos L, Cifuentes P. PERCEPCIÓN SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA EN LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS [Internet]. UDLA; 2023. Available from: <https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/14869/1/UDLA-EC-TMC-2023-05.pdf>
 48. Jiménez María. IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA [Internet]. Universidad de Cádiz; 2021. Available from: https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/25116/Jiménez_Pacheco%2C_M.%281%29.pdf?sequence=4&isAllowed=y
 49. El parto es nuestro. Público. 2019 [cited 2023 Aug 26]. p. 1 Violencia obstétrica: las prácticas agresivas que sufren algunas mujeres en el parto. Available from: <https://www.publico.es/sociedad/violencia-obstetrica-practicas-agresivas-mujeres-parto.html>
 50. Ramos B, Acuña A, García M, Clara G. Violencia obstétrica: una revisión sistemática de literatura. Revista de Ciencias Humanas y Sociales [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 20];100:60–93. Available from: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/opcion/article/view/39669/44787>
 51. Hernández Vargas M. Pasar por la carnicería: relatos de mujeres costarricenses sobre violencia obstétrica. Wimb Lu, Rev Estud Psicol UCR [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 18];16(2):93–118. Available from: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/48101/47672>

52. Ferrão AC, Sim-Sim M, Almeida VS, Zangão MO. Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol. *J Pers Med [Internet]*. 2022 [cited 2023 Jul 20];12(7):1–11. Available from: <https://www.mdpi.com/2075-4426/12/7/1090>
53. Carterette E, Morton F. Manual de percepción :raices históricas y filosóficas. D.F México: Trillas; 1982. 468 p.
54. Delannoy L. La percepción. *Neuroartes [Internet]*. 2019 [cited 2023 Jul 15];67–218. Available from: <https://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>
55. Asamblea General de las Naciones Unidas. La Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. Tribunal Constitucional y fines de la prisión provisional. París; 2019 [cited 2023 Jul 14]. Available from: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/ABCannexessp.pdf>
56. DECLARACIÓN AMERICANA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL HOMBRE [Internet]. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Bogotá; 2009 [cited 2023 Jul 14]. Available from: <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/documentos-basicos/declaracion-americana-derechos-deberes-hombre.pdf>
57. Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. Ney York; 1966 [cited 2023 Jul 13]. Available from: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
58. Irina M. Procesos de naturalización de la violencia gineco-obstétrica en las prácticas médicas utilizadas [Internet]. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2021 [cited 2023 Jul 13]. Available from: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/17827/2/TFLACSO-2021IEML.pdf>
59. Asamblea General de Naciones Unidas. Convencion sobre eliminacion de toda discriminacion contra la mujer [Internet]. Registro Oficial Suplemento 153. Ney York; 2005 [cited 2023 Jul 10]. Available from: <https://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/457/1/Convención sobre la Eliminación de toda Discriminación contra la Mujer.pdf>
60. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza [Internet]. Fortaleza; 1985 [cited 2023 Jun 30]. Available from: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS.-Recomendaciones-de-la-OMS-sobre-el-nacimiento.-Declaración-de-Fortaleza-1985.-Recomendaciones-de-la-OMS-para-la-Atención-intraparto-1999.pdf>
61. ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer “Convención de Belem do Para” [Internet]. Departamento de Derecho Internacional OEA. BELEM DO PARA; 1994 [cited 2023 Jul 10]. Available from: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
62. Galdos Silva S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]*. 2014;30(3):455–60. Available from: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmesp/v30n3/a14v30n3.pdf
63. Organización de las Naciones Unidas. La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing: ONU MUJERES; 1995 [cited 2023 Jul 12]. p. 143 Declaración y Plataforma de

- Acción de Beijing Declaración política y documentos resultados de Beijing +5. Available from: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfAS.pdf>
https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf?la=es&vs=755
64. Organización Mundial de la Salud. Cuidados del Parto Normal: Una guía práctica [Internet]. Ginebra; 1996 [cited 2023 Jul 12]. Available from: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documentos/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf
 65. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. Principios De La Organización Mundial De La Salud En El Cuidado Perinatal : Lineamientos Esenciales En El Cuidado De La Salud Antenatal , Perinatal Y Postparto. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá [Internet]. 2002;15(1):136–9. Available from: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29311/PrincipiosOMS.pdf>
 66. Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará “Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI)” [Internet]. OEA; 2012 [cited 2023 Jul 12]. Available from: <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/mesecvi-segundoinformehemisferico-es.pdf>
 67. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet]. Ginebra; 2014 [cited 2023 Jul 9]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf
 68. Organización mundial de la salud. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1%0Ahttps://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>
 69. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia [Internet]. Caracas; 2007 [cited 2023 Jul 18]. Available from: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
 70. LEY DE PROTECCION INTEGRAL PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LOS AMBITOS EN QUE DESARROLLEN SUS RELACIONES INTERPERSONALES [Internet]. Vol. 2. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2009 [cited 2023 Jul 18]. Available from: https://www.oas.org/dil/esp/ley_de_proteccion_integral_de_mujeres_argentina.pdf
 71. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. Ley 25929 parto humanizado [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2018 [cited 2023 Jul 18]. p. 128. Available from: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf
 72. Asamblea Legislativa Plurinacional. Ley Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia, Ley 348 [Internet]. La Paz; 2013 [cited 2023 Jul 18]. Available from: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_bol_ley348.pdf
 73. Cámara de Diputados. Boletín N°. 5462. Ciudad de México; 2016 [cited 2023 Jul 15]. Ley

- General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia “Aprueba Comisión incorporar en la ley el concepto de violencia obstétrica.” Available from: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/camara/Comunicacion/Boletines/2015/Abril/16/5462-Aprueba-Comision-incorporar-en-la-ley-el-concepto-de-violencia-obstetrica>
74. Ley 82 Típifica el femicidio y la violencia contra la mujer [Internet]. Panamá; 2013 [cited 2023 Jul 31]. Available from: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_pan_ley82.pdf
 75. Constitución de la República del Ecuador 2008 [Internet]. Registro Oficial N° 449. Montecristi; 2008 [cited 2023 Jul 31]. Available from: https://corporativo.cnt.gob.ec/wp-content/uploads/2015/05/Constitucion_Republica_del_Ecuador_2008_RO.pdf
 76. Ley Orgánica de Salud [Internet]. Quito; 2006 [cited 2023 Jul 31]. Available from: <http://hvcn.gob.ec/wp-content/uploads/2012/03/Ley-Organica-de-Salud.pdf>
 77. Código Orgánico Integral Penal [Internet]. Registro Oficial N° 180. Distrito Metropolitano de Quito; 2018 [cited 2023 Jul 31]. Available from: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_ecuador_0217.pdf
 78. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. “Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño – ESAMYN”. Norma técnica [Internet]. Distrito Metropolitano de Quito; 2021 [cited 2023 Jul 30]. Available from: <https://www.hgdz.gob.ec/wp-content/uploads/2022/05/2021-DIC-16-ESAMYN.pdf>
 79. Domínguez D, Sánchez B. PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS SOBRE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA RECIBIDA EN LOS HOSPITALES DE GUAYAQUIL [Internet]. Universidad de Guayaquil; 2018. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31609/1/CD445-DOMINGUEZ%20ONTANO%20DOMENICA.pdf>
 80. Calle J, Calle É, Estrella M de los Á, Abad N. Violencia gineco-obstétrica en mujeres comerciantes de los mercados de Azogues. Pro Sci Rev Prod Ciencias e Investig [Internet]. 2022 [cited 2023 May 15];6(43):199–212. Available from: <https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/538/585>

Anexo N°1 Cronograma de actividades

N°	ACTIVIDADES	2023							
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
1	Elaboración de ficha técnica	■	■						
2	Entrega de ficha de técnica		■						
3	Aceptación del plan de tesis		■	■					
4	Elaboración del capítulo I			■	■				
5	Revisión del capítulo I				■				
6	Elaboración del capítulo II				■	■			
7	Revisión del capítulo II					■			
8	Elaboración y validez del instrumento					■			
9	Aplicación de la entrevista					■	■		
10	Análisis de datos						■		
11	Elaboración del capítulo III						■	■	
12	Revisión del capítulo III							■	
13	Elaboración del capítulo IV							■	
14	Revisión del capítulo IV							■	
17	Entrega del primer borrador del trabajo de tesis							■	
18	Corrección del primer borrador							■	
19	Elaboración del informe final								■
20	Entrega de la versión final de la tesis								■
21	Defensa oral del trabajo de titulación								■

ANEXO N°2 Entrevista

Investigación de la percepción sobre la violencia gineco-obstétrica en la práctica profesional de los obstetras de la "Asociación de Obstetras Promotores por el Cambio" de la ciudad de Quito. Periodo abril-julio 2023

Preguntas sobre violencia obstétrica a profesionales.

- 1) Considera usted que los protocolos de atención gineco-obstétricos del MSP vigentes responden a la realidad de las usuarias que atiende en la consulta.
- 2) Cree usted que existe una relación de poder entre el personal de salud y las usuarias de la atención ginecoobstetricia
- 3) Cómo definiría usted la violencia gineco-obstétrica
- 4) Cuales considera usted que son los principales patrones o conductas de la violencia gineco-obstétrica en la atención
- 5) Cuál cree usted que son los principales factores de riesgo que producen violencia gineco-obstétrica en la atención.
- 6) Cuál cree usted que son las principales consecuencias que produce la violencia gineco-obstétrica.
- 7) Cree usted que la violencia obstétrica es invisibilizada durante la atención gineco-obstétrica
- 8) Cuales considera usted que deberían ser los principales cambios en los protocolos de la atención gineco obstétrica vigente para prevenir de manera oportuna la violencia gineco-obstétrica.