

**FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES DEL
DEPARTAMENTO DE NARIÑO ATENDIDAS EN LAS INSTITUCIONES DE
SALUD DEL MUNICIPIO DE PASTO**

NATALIA MARÍA MUÑOZ GUERRERO

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES E INTERACCIÓN SOCIAL
CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD - CESUN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SAN JUAN DE PASTO
2022**

**FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES DEL
DEPARTAMENTO DE NARIÑO ATENDIDAS EN LAS INSTITUCIONES DE
SALUD DEL MUNICIPIO DE PASTO**

NATALIA MARÍA MUÑOZ GUERRERO

**Trabajo de investigación para optar al título de
Magíster en Salud Pública**

**Asesora:
Nancy Guerrero Rodríguez
Magíster de Enfermería**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES E INTERACCIÓN SOCIAL
CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD - CESUN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SAN JUAN DE PASTO
2022**

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las ideas y conclusiones aportadas en este Trabajo de Grado son responsabilidad de los autores. Artículo 1 del Acuerdo No. 324 de octubre 11 de 1966, emanado por el Honorable Concejo Directivo de la Universidad de Nariño

Nota de aceptación

Firma del presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

San Juan de Pasto, abril 2022

RESUMEN

Introducción: La violencia obstétrica se considera un tipo de violencia basada en género que incluye diferentes formas de violencia física y psíquica perpetuada por los sistemas de salud y naturalizada a través de la intervención y medicalización durante la atención del parto. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a la violencia obstétrica en las mujeres del departamento de Nariño atendidas en las IPS del municipio de Pasto. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo de tipo transversal cros-sectional. Para el análisis univariado de variables cualitativas se realizaron medidas de frecuencia; para el análisis bivariado se realizó regresión logística binaria y se calcularon OR crudos. Teniendo en cuenta que no se encontró significancia estadística en el análisis bivariado, no se realizó análisis multivariado. **Resultados:** Se incluyeron 291 mujeres en el estudio; la edad mínima fue de 16 años y máxima de 47, el 50% de las mujeres tenían 26 años o menos. El 97%, 281 mujeres, de la población estudiada, fueron víctimas de violencia obstétrica, los cuidados sin dignidad evidenciados fueron el no permitirles al 88% de ellas estar acompañadas durante su trabajo de parto por alguien de su confianza; el abuso físico se dio a través de maniobras de Kristeller en 24 mujeres (26,1%); diez mujeres (3,4%) justificaron el trato recibido refiriendo que este se dio buscando el bienestar de su recién nacido y un trabajo de parto exitoso y al 15% de las gestantes no se les permitió adoptar posiciones cómodas según sus necesidades, entre otras. **Conclusiones:** la violencia obstétrica es una violencia de género ya que contiene acciones que minimizan a las mujeres durante la atención del trabajo de parto y son cometidas por el sistema de salud, facilitadas por relaciones de poder y conductas deshumanizantes que violan los derechos de las gestantes a un trato digno.

Palabras clave: Violencia contra la Mujer, Obstetricia, Derechos Sexuales y Reproductivos, Parto humanizado.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence is considered a type of gender-based violence which includes different forms of physical and psychological violence perpetuated by health systems and naturalized through intervention and medicalization during childbirth care. **Objective:** To determine the factors associated to obstetric violence in women from the Department of Nariño who are treated in the IPS of the municipality of Pasto. **Methods:** An observational, descriptive cross-sectional study was conducted. Frequency measurements were performed for univariate analysis of qualitative variables, binary logistic regression was performed for bivariate analysis and crude OR were calculated. No multivariate analysis was performed taking into account that no statistical significance was found in the bivariate analysis. **Results:** 291 women were included in the study. The minimum age was 16 and the maximum age was 47. 50% of women were 26 years old or less. 97% (281 women) of the studied population were victims of obstetric violence where it could be evidenced that 88% of the population were not allowed to be accompanied by a trusted person, 24 women (26.1%) were physically abused through Kristeller maneuvers during the delivery care, 10 women (3.4%) justified the treatment received by saying that they were seeking the well-being of their newborn and successful labor, and 15% of pregnant women were not allowed to adopt comfortable positions according to their needs, among others. **Conclusions:** Obstetric violence is a gender-based violence because it contains actions that minimize women during childbirth. They are committed by the health system, facilitated by power relations and dehumanizing behaviors that violate the rights of pregnant women to be treated with dignity.

Key words: Violence against women, Obstetrics, Sexual and Reproductive Rights, Humanized childbirth.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	12
1 OBJETIVOS.....	15
1.1 Objetivo general	15
1.2 Objetivos específicos	15
2 MARCO DE REFERENCIA	16
2.1 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	16
2.1.1 Modalidades de violencia obstétrica.....	22
2.1.2 Multicausalidad de la violencia obstétrica.....	23
2.2 FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	24
2.3 PARTO HUMANIZADO.....	25
2.4 MARCO LEGISLATIVO DE PARTO HUMANIZADO.....	27
3 METODOLOGÍA.....	34
3.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
3.2 TIPO DE ESTUDIO	34
3.3 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.....	34
Para el análisis se incluyeron variables sociodemográficas, clínicas y ginecobstétricas, descritas en la tabla de operacionalización de variables. Anexo A.....	34
3.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO	34
3.5 MUESTRA.....	34
3.5.1 Criterios de inclusión	35
3.5.2 Criterios de exclusión	35
3.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	35
3.6.1 Fuente de información	35
3.6.2 Instrumento de recolección de información	35
3.6.3 Prueba piloto.....	35
3.6.4 Proceso de obtención de información.....	36
3.7 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS.....	36
3.8 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	36
3.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS	37
4 RESULTADOS	39

4.1	CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA, ANTECEDENTES DE FECUNDIDAD Y CONDICIONES DEL EMBARAZO Y PARTO ACTUAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	39
4.2	FALTA DE RESPETO O ABUSO DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN LAS IPS DEL MUNICIPIO DE PASTO ...	41
4.3	ASOCIACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, LOS ANTECEDENTES DE FECUNDIDAD, LAS CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO Y PARTO ACTUAL Y LA FALTA DE RESPETO O ABUSO DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN LAS MUJERES DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO ATENDIDAS EN LAS IPS DEL MUNICIPIO DE PASTO.....	43
5	DISCUSIÓN.....	46
6	CONCLUSIONES	50
7	REFERENCIAS	51

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Modelo de Bowser y Hill*. Definición de violencia obstétrica	19
Cuadro 2. Derechos maternos a la salud*	28

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Cálculo del tamaño de muestra teniendo en cuenta los partos atendidos en las IPS del municipio de Pasto en enero a marzo de 2018.	34
Tabla 2. Características sociodemográficas de las mujeres en postparto inmediato en las IPS del municipio de Pasto. Primer trimestre 2019	39
Tabla 3. Antecedentes de fecundidad y las condiciones del embarazo actual de las pacientes en postparto inmediato en las IPS del municipio de Pasto. Primer trimestre 2019	40
Tabla 4. Terminación del embarazo de acuerdo con la clasificación del embarazo de las pacientes en postparto inmediato en las IPS del municipio de Pasto. Primer trimestre 2019	40
Tabla 5. Características del parto actual de las pacientes en postparto inmediato en las IPS del municipio de Pasto. Primer trimestre 2019	41
Tabla 6. Distribución de frecuencias del personal maltratador de las pacientes en postparto inmediato en las IPS del municipio de Pasto. Primer trimestre 2019	41
Tabla 7. Distribución de frecuencias de la falta de respeto durante la atención del parto en las mujeres atendidas en las IPS del municipio de Pasto. Primer trimestre 2019	42
Tabla 9. Percepción durante la realización del tacto vaginal en las mujeres atendidas en las IPS del municipio de Pasto. Primer trimestre 2019	43
Tabla 10. Factores asociados a violencia obstétrica en las mujeres atendidas en las IPS del municipio de Pasto. Primer trimestre 2019	44

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Tabla de operacionalización de variables	58
Anexo B. Instrumento de recolección de la información	62
Anexo C. Autorización para adaptación del cuestionario para mujeres en periodo post-parto inmediato en unidades de salud del instituto nacional de salud pública de México	69
Anexo D. Consentimiento informado	70

INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica ha sido definida como “la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por el 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” (1).

Cuando se habla de la violencia perpetrada por los trabajadores de la salud, no existe una definición acordada, sin embargo, algunos autores clasifican la falta de respeto durante la atención del parto en cuatro tipos: negligencia; violencia verbal, incluyendo trato rudo, amenazas, regaños, gritos y humillación intencional; violencia física, incluida la negación del alivio del dolor cuando está técnicamente indicado y la violencia sexual (2).

Desde la perspectiva de género, la violencia obstétrica se manifiesta en la subordinación de las mujeres mediante el sometimiento a un conjunto de prácticas, como la intervención, la medicalización y la institucionalización del embarazo, el parto y el puerperio, que convierten un estado fisiológico en una enfermedad que requiere ser resuelta de acuerdo con estándares o protocolos médicos, donde las mujeres son objetos de intervención y no sujetos de derechos (3).

Parte de la comprensión de esta problemática incluye la transformación del parto de un hecho biológico a un acto patologizado, institucionalizado y despersonalizado, en el cual la mujer pierde la autonomía sobre su cuerpo (4), acompañado de la ausencia de leyes que obliguen a los gobiernos acatar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) frente al parto humanizado, sin individualizar la violencia obstétrica como un problema cultural y patriarcal (5).

La OMS ha evidenciado este trato irrespetuoso que sufren las gestantes durante la atención del parto en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) (6), sin embargo, la magnitud del problema no se encuentra bien documentado, aunque parece ser un problema generalizado (7), datos estadísticos reportaron que en España el 34% de 17.677 gestantes sufrieron este evento (8), en México el 37,7% de 45 mujeres percibió algún tipo de violencia obstétrica (9) y por su parte Jojoa et al. evidenció en Colombia que el 69,5% de las mujeres de su estudio habían sufrido una o más formas de violencia obstétrica (4) además este problema se ha asociado en algunos casos a condiciones de vulnerabilidad como ser madres adolescentes, tener un bajo nivel socioeconómico, pertenecer a minorías étnicas y tener comorbilidades como, ser gestantes, VIH positivo (10).

En el departamento de Nariño, la dimensión de Salud Sexual y Reproductiva de la entidad departamental de salud, consideró como un problema priorizado en el análisis de situación de salud, el incremento del embarazo en adolescentes especialmente de 10 a 14 años presentado de 2015 a 2017, adicionalmente en Nariño para 2018 se evidenció que el 1,04% de las mujeres migrantes en Colombia, se encontraban en el departamento; en 2017, las mujeres negras, mulatas o afrodescendientes tuvieron la razón de muerte materna más alta del departamento, con 174,9 por cada 100.000 nacidos vivos, seguida de las mujeres indígenas con 113,9 (11), lo que incrementaría la probabilidad de sufrir violencia obstétrica en estos grupos poblacionales, teniendo en cuenta que desde el 2012, más del 98% de los partos son institucionales (11).

Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000 – 2015) se contempló como una medida para disminuir la razón de mortalidad materna acudir al parto institucional (12). En Colombia se incrementó la atención institucional del parto un 2,0% entre los años 2005 y 2010 (13), sin embargo, la OMS a través de la encuesta multinacional sobre la salud materna y neonatal, reveló que la cobertura de intervenciones clínicas clave no implicaba una reducción de la mortalidad materna (14) y si diferentes revisiones documentaron como un fenómeno mundial la falta de respeto y abuso durante el parto en los establecimientos de salud, en diferentes rangos que va desde una atención soez (gritar/regañar, el uso de comentarios amenazantes), la falta de privacidad física, el abuso físico, la exigencia inapropiada de pago hasta la negligencia (10,15).

Numerosas instituciones y diferentes agrupaciones de mujeres, han solicitado se incluya la humanización del parto, como un derecho de las embarazadas durante la atención obstétrica, con el fin de poner fin al problema de la violencia institucional, eliminando cualquier práctica rutinaria de tipo intervencionista que lesione la dignidad e integridad de las mujeres teniendo en cuenta que alrededor del 70% de los partos que demandan atención en los hospitales, no requieren de asistencia medicalizada (16).

De este modo, este estudio tuvo como objetivo explorar la asociación entre los factores sociodemográficos, los antecedentes de fecundidad, las características del embarazo y parto actual y la falta de respeto o abuso durante la atención del parto en las mujeres del departamento de Nariño atendidas en las IPS del municipio de Pasto.

Desde la salud pública, es indispensable poder conocer los factores asociados a la falta de respeto y abuso que sufren las mujeres del departamento de Nariño durante la atención del trabajo de parto y parto en las instituciones del municipio de Pasto con el fin de brindar información que contribuya a generar intervenciones para reducir el maltrato durante la atención en las instituciones en el municipio.

Esos esfuerzos son necesarios no solo para proteger los derechos humanos fundamentales de las mujeres, sino también para promover un enfoque centrado en la atención de calidad (15).

Con esta investigación, es posible:

- Sugerir hipótesis de investigación a ser probadas en poblaciones con similares características sociodemográficas en el departamento de Nariño que permitan explorar el maltrato de las mujeres durante otros servicios de salud materna, como la atención prenatal y el aborto.
- Que los proveedores de atención de la salud promuevan experiencias positivas en el parto a través de una atención respetuosa, digna y de apoyo a las mujeres durante el parto.
- Reconocer la violencia en los entornos de atención de la salud y por parte del gobierno municipal y departamental, con el fin de formular políticas públicas en favor del parto humanizado.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados a la violencia obstétrica en las mujeres del departamento de Nariño atendidas en las IPS del municipio de Pasto.

1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar socio-demográficamente a la población estudiada.
- Identificar la falta de respeto o abuso durante la atención del parto en las mujeres atendidas en las IPS del municipio de Pasto.
- Explorar la asociación entre los factores sociodemográficos, los antecedentes de fecundidad, las características del embarazo y parto actual con la falta de respeto o abuso durante la atención del parto en las mujeres del departamento de Nariño atendidas en las IPS del municipio de Pasto.

2 MARCO DE REFERENCIA

2.1 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.

Se entiende por violencia obstétrica “la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por el 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” (1).

Se ha considerado como una forma de violencia de género y de violación a los derechos humanos, muchas veces inmersa en la relación asimétrica que existe entre los profesionales de la salud y las mujeres, reflejando una desigualdad tanto simbólica como real, secundaria a la tecnificación y medicalización del parto en la atención institucionalizada que ve a la mujer como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho (17).

Según la OMS en el mundo, muchas gestantes son víctimas de un trato irrespetuoso y ofensivo durante la atención del parto en las IPS (6).

Esta falta de respeto y abuso incorpora formas específicas de transgresión de los derechos humanos y reproductivos, siendo un problema de salud pública que se encuentra invisibilizado en las IPS debido a la influencia de un sistema biologicista, donde la relación médico – paciente privilegia la desigualdad, sometiendo a las mujeres a procedimientos de rutina, sin discriminar o individualizar las necesidades culturales y psicosociales, perjudicando los derechos a la información, la integridad, la salud, la autonomía y a vivir una vida libre de violencia (18–20).

Para la comisión internacional de derechos humanos el realizar procedimientos médicos o quirúrgicos, como la esterilización, sin el consentimiento de la mujer, o la negación en la atención de una embarazada, es una violación al derecho a la integridad, afectando la dignidad de la persona, ocasionando estrés físico y emocional (21).

El modelo sanitario biomédico permite que los profesionales de la salud adquieran total potestad sobre la mujer en el momento del trabajo de parto, al realizar prácticas innecesarias o injustificadas que no individualizan las condiciones de cada paciente y que puede traer como consecuencia algún tipo de complicación (22).

La violencia obstétrica se considera un tipo de violencia basada en género que incluye diferentes formas de violencia física y psíquica (17).

En 1995 durante la convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer, llevada a cabo en Beijín, se determinó que los gobiernos debían establecer medidas judiciales y administrativas para prevenir toda forma de

violencia contra la mujer, especialmente cuando esta, se encuentra en estado de embarazo (23).

En Latinoamérica Venezuela fue el primer país en tipificar dentro del marco legal los actos que constituyen la violencia obstétrica a través de la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, LODMVLV (17).

La Ley Orgánica, LODMVLV, tuvo por objeto: “garantizar y promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, creando condiciones para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos, impulsando cambios en los patrones socioculturales que sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres, para favorecer la construcción de una sociedad justa democrática, participativa, paritaria y protagónica”. En el Capítulo VI, artículo 51, considera como actos que hacen parte de violencia obstétrica, los ejecutados por el personal de salud, consistentes en (1):

- *“No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas (1)”.*
- *Obligar a las mujeres a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical (1)”.*
- *Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole a esta, la posibilidad de cargarlo/a y amamantarlo/a inmediatamente al nacer (1)”.*
- *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 (1)”.*

En Argentina, también se definió la violencia obstétrica a través de la Ley de Parto Humanizado N° 25.929, en la cual se mencionan en el artículo 2 los derechos de toda mujer en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, considerando violencia obstétrica la vulneración de los siguientes derechos (24):

- 1)** *“Ser informada sobre las distintas intervenciones médicas con el fin acceder libremente a un procedimiento y poder optar a otras alternativas si están dispuestas (24)”.*
- 2)** *“Ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales (24)”.*
- 3)** *“Ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto (24)”.*
- 4)** *“Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer (24)”.*

- 5) *“Ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales (24)”.*
- 6) *“No ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética (24)”.*
- 7) *“Estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto (24)”.*
- 8) *“Tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.*
- 9) *“Ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar (24)”.*
- 10) *“Recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña (24)”.*
- 11) *“Ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma (24)”.*

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, formuló la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, a través de la cual se pretende identificar las prácticas institucionales que promueven cualquier forma de violencia ocasionada por el trato sexista a las mujeres en la atención de los diferentes eventos obstétricos con el fin de “disminuir la posibilidad de afectación a la vida, la libertad, la seguridad personal o la integridad física y mental por causas asociadas a la vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de acciones que promuevan el cuidado, la protección y la erradicación de las distintas formas de violencia, u otras afectaciones a la vida e integridad en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, a fin de alcanzar el completo bienestar físico, mental y social” (13).

La falta de respeto y abuso a las mujeres durante el parto institucional puede tener diferentes expresiones: subjetiva de la experiencia y la percepción por parte de las mujeres como actos irrespetuosos y abusivos que en ciertas prácticas son consideradas normales por los prestadores de salud y lo que se encuentra normado como derecho (25).

Cuando se habla de la violencia contra las mujeres perpetrada por los trabajadores de la salud, no existe una definición acordada de violencia, sin embargo algunos autores clasifican la falta de respeto durante el parto en cuatro tipos de violencia (2):

- Negligencia
- Violencia verbal, incluyendo trato rudo, amenazas, regaños, gritos y humillación intencional
- Violencia física incluida la negación del alivio del dolor cuando está técnicamente indicado.
- Violencia sexual

d'Oliveira considera como violencia obstétrica los procedimientos de rutina como: la cesárea, la realización de episiotomía, la rasuración del vello público e inducción del trabajo de parto y los prejuicios por parte del personal de salud (2).

Bowser y Hill en 2010, realizaron una revisión sistemática acerca del conocimiento disponible en el tema y categorizaron la falta de respeto y abuso a las que están expuestas las mujeres durante el período de la maternidad, en siete categorías, las cuales se pueden superponer entre sí y se describen a continuación (10):

- 1) Abuso físico
- 2) Cuidados médicos sin consentimiento
- 3) Cuidados no confidenciales
- 4) Cuidados sin dignidad (incluyendo abusos verbales)
- 5) Discriminación basada en categorías específicas
- 6) Abandono o la negativa a proveer cuidados
- 7) Ser detenida en instalaciones.

Freedman y sus colegas construyeron sobre las categorías de Bowser y Hill una definición de cuidado irrespetuoso y abusivo durante el parto y un modelo conceptual que ilustra cómo esta definición puede variar (26). Definieron la falta de respeto y el abuso durante el parto como "interacciones o condiciones de la instalación que el consenso local considera humillantes o indignas, y aquellas interacciones o condiciones que se experimentan como intencionales o humillantes o indignas" (27).

Warren et al. como parte de la metodología para desarrollar un instrumento validado que permita evaluar la prevalencia, el abuso y la falta de respeto en las instituciones prestadoras de salud, realizaron una matriz para identificar los elementos evaluables teniendo en cuenta el modelo de Bowser y Hill. Cuadro 1 (7,10).

Cuadro 1. Modelo de Bowser y Hill*. Definición de violencia obstétrica

Tipo de abuso	Definición legal	Observación	Ejemplos
Falta de consentimiento	Procedimientos que son llevados a cabo sin el consentimiento pleno e informado	Se respeta el derecho a la información	• <i>No dar explicación del procedimiento</i> • <i>No dar información con calma sobre procedimientos, diagnóstico, progreso, resultados alternativos</i> • <i>No dar información amable y abiertamente</i> • <i>Resolver dudas</i>

Tipo de abuso	Definición legal	Observación	Ejemplos
Falta de dignidad	Cada individuo tiene derecho al respeto a la dignidad inherente al ser humano	Se respeta el derecho a la dignidad	• <i>Uso de lenguaje no digno, tratar groseramente vs trato amable con lenguaje apropiado</i> • <i>Amenazas</i> • <i>No dar servicio debido a valores personales</i>
		Respeto al derecho a la información	• <i>No se da explicación sobre los servicios ofrecidos</i> • <i>No se ofrece género de proveedor</i> • <i>Se expone el cuerpo de la paciente innecesariamente</i> • <i>Condiciones antihigiénicas: compartir cama, sábanas sucias, compartir incubadora, baños sucios</i>
Discriminación	Derecho a igualdad y no discriminación		• <i>A personas que viven con VIH</i>
Abandono o negligencia	Derecho a la salud Poner en riesgo la salud o la vida	Derecho a ser atendida por personal calificado	• <i>Retraso de atención después de que se determinó un tratamiento</i> • <i>No usar insumos, aunque estén disponibles</i> • <i>No dar atención, aunque haya personal de guardia</i> • <i>No examinar de acuerdo con guías clínicas nacionales a pesar de contar con los recursos necesarios</i> • <i>Negligencia tras nacimiento</i>

Tipo de abuso	Definición legal	Observación	Ejemplos
Retención o amenaza	Derecho a la libertad y seguridad, no ser retenida por deber dinero		• <i>Negar, posponer atención</i>
Falta de confidencialidad	Derecho a privacidad y familia		• <i>Interrogatorio y exploración no se llevan a cabo con la mayor privacidad posible</i> • <i>El personal no protege activamente la privacidad y confidencialidad</i> • <i>Se examina y atiende a mujeres tras biombos</i> • <i>Personal no discute o comparte información con otra parte del personal</i>

*Fuente: Warren, C., y cols. 2013 (7).

La Organización Mundial de la Salud divide la violencia obstétrica en cinco tipos (6):

- 1) Intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina (sobre la madre o el bebé)
- 2) Maltrato, humillaciones y agresión verbal o física
- 3) Falta de insumos, instalaciones inadecuadas
- 4) Ejercicios de residentes y practicantes sin la autorización de la madre con información completa, verdadera y suficiente
- 5) Discriminación por razones culturales, económicas, religiosas, étnicas.

Desde el punto de vista de las ciencias sociales, la definición de violencia obstétrica, parte del constructo que la práctica médica, como un ejercicio social “expresa relaciones de poder, posiciones de clase, jerarquías, incluso sujeción y formas de violencia, y supone, entre otras cosas, a los pacientes como sujetos subalternos y pasivos” que favorecen la violencia sobre el binomio madre-hijo (28).

Para Villanueva las mujeres son víctimas de violencia obstétrica “desde el momento en que ingresan a la sala de parto y reciben una serie de mensajes, que las instruyen sobre la conveniencia de someterse a las órdenes de los médicos” (29).

Existen diferentes mecanismos que establecen una relación asimétrica entre los trabajadores de salud y las pacientes, que contribuyen a que se presenten eventos de violencia obstétrica durante el trabajo de parto (30):

- Fomento de la “obediencia como conducta que se premia, so pena de enfrentar graves consecuencias para su bienestar y su salud”.
- Anulación de los conocimientos y opiniones de las mujeres sobre su propio estado de salud o sobre su proceso de parto.
- Desacreditación de las mujeres como sujetos que sufren
- Relativización del papel de las mujeres, estableciendo el papel protagónico solo en el personal de salud
- Amenazas y castigos físicos para obtener “mejor disposición y cooperación de las pacientes
- Obtención del conocimiento bajo presión
- Mecanismos alusivos a la sexualidad

Un signo común de negligencia en los servicios de salud reproductiva es que las mujeres den a luz sin supervisión dentro de los establecimientos de salud. Muchas mujeres describen el abandono como la parte más angustiosa de sus experiencias porque temen que lesionará a sus bebés y también a ellos mismos, y lo interpretan como una señal de que al personal no le importa o no está actuando de manera poco profesional (2).

2.1.1 Modalidades de violencia obstétrica.

Jojoa et al. permite comprender el concepto de falta de respeto y abuso en la atención del parto y puerperio a través de cuatro modalidades de violencia obstétrica: institucional, psicológica, simbólica y sexual (4).

La violencia institucional está estrechamente relacionada con la calidad de la atención en salud y con el derecho de las gestantes de no ser tratadas de manera degradante (31) hace referencia a las “políticas institucionales que limitan los derechos de las mujeres y no satisfacen las necesidades de las gestantes en el proceso del parto” (4) que se pueden exacerbar por otros factores tales como el racismo, el sexismo y la discriminación étnica (31).

Los protocolos institucionales normalizan e institucionalizan prácticas como la prohibición a deambular y adoptar posiciones cómodas durante el trabajo de parto; procedimientos que aceleran el parto y tienen como fin la reducción del tiempo de hospitalización y por lo tanto la reducción de los costos por paciente (32), vulnerando el derecho de las gestantes y las familias de vivir una experiencia de parto positiva e integral al desconocer las prácticas de cuidado cultural (4).

La violencia psicológica es el resultado de un trato deshumanizante a las mujeres durante la atención del parto que viola los derechos humanos, sexuales y reproductivos, invisibilizando los miedos, sensaciones y opiniones de las gestantes

ya que se perciben como un obstáculo para el cumplimiento de los protocolos de atención por parte del personal de la salud (32,33).

Para Jojoa et al. la omisión del derecho de la gestante y la familia para la toma de decisiones informadas basadas en la autonomía; el impedimento a la libre expresión de las gestantes y la violencia verbal constituyen formas de violencia obstétrica categorizadas en la violencia psicológica (4).

La violencia simbólica se expresa en la naturalización de las prácticas violentas que recaen sobre las mujeres (33); por lo que dificulta su reconocimiento ya que las gestantes consideran que hace parte del proceso de atención y por lo tanto deben someterse a procedimientos o regaños para un trabajo de parto exitoso (4).

Finalmente, Jojoa et al. identificó durante la atención del parto, un caso de violencia sexual doloso durante el acto médico, evidenciando un desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y la vulnerabilidad de las gestantes al encontrarse sin un acompañante y tener que exponer su cuerpo y sus genitales al personal médico masculino (4).

2.1.2 Multicausalidad de la violencia obstétrica.

En la época feudal las mujeres eran las encargadas de cuidar a la comunidad, actuaban como consejeras, enfermeras y parteras (34), y es durante la transición hacia el modernismo donde se da la domesticación del cuerpo de la mujer, profundizando en diferencias sociales y de género que favorecieron la construcción social de un nuevo patriarcado, expropiando el saber empírico femenino, sometiéndolas a la producción y reproducción de la fuerza de trabajo a través de la criminalización de su sexualidad y su reproducción (35).

Con el fin de garantizar la producción y la capacidad de trabajo, el Estado se encargó de asegurar la salud física de la población dando surgimiento al hospital como fenómeno de medicalización colectiva (36); las comunidades naturalizaron la necesidad de ser intervenidas para tener una buena vida (35), quedando en un lugar pasivo para autogestionar su salud (37).

La atención a nivel hospitalario se centró en abordar la enfermedad, por lo que el traslado del parto a dicha institución implicó una patologización del proceso de parir; la implementación de la medicina como profesión, con la exigencia de formación universitaria, desvalorizó el conocimiento de las mujeres sanadoras y facilitó la entrada de la medicina profesional y la obstetricia en manos de hombres constituyendo una de las características fundamentales de la violencia obstétrica (34).

La hegemonía de la intervención médica del parto posicionó a las mujeres como espectadoras y no como protagonistas de sus procesos (38), por lo que se requiere “disminuir las brechas y la relación de poder entre los que saben y la que se supone

que no saben”, a través de leyes en contra de la violencia obstétrica, que dignifiquen la autonomía de la mujer frente a las decisiones de su cuerpo y la participación sobre cómo quieren parir a sus hijos (39).

La ausencia de políticas públicas que declaren obligatorias las recomendaciones de la OMS para una experiencia de parto positiva perpetúa la violencia obstétrica en las instituciones de salud, pues, aunque existe normatividad para una atención integral, humanizada y de calidad basada en los derechos sexuales y reproductivos, todavía se evidencia que las mujeres son sometidas a malos tratos durante la atención del parto (40).

Jojoa también evidenció las limitaciones en la infraestructura del sistema de salud que no garantizan la intimidad de las gestantes: los espacios reducidos; el volumen de mujeres a atender y las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, entre otras circunstancias relacionadas con la violencia obstétrica (5), algunos autores también explican la posible práctica de la violencia obstétrica secundaria al síndrome de burnout (desgaste profesional), que deshumaniza a las mujeres y afecta la relación médico- paciente (41,42); Pereira et al. también la relaciona con la posible rotación de los profesionales de medicina y enfermería en las instituciones de salud (16).

Otros aspectos como la vulnerabilidad psíquica y biológica relacionada con las condiciones económicas, educativas y con las creencias y los valores culturales, se deben tener en cuenta para la atención de la gestante, según un enfoque diferencial y multidisciplinario, que incluya también la protección de saberes tradicionales como la partería, empoderando a las mujeres en torno al parto, favoreciendo la articulación entre el sistema de salud y el sistema médico tradicional, dándole también un nivel protagónico a los profesionales de enfermería garantizando que las prácticas o intervenciones sean realizadas desde la evidencia científica solo cuando sean necesarias y no sistemáticamente (5,43).

2.2 FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Las experiencias de maltrato de las mujeres deben considerarse como tales, independientemente de su intención, aunque los factores del sistema de salud puedan proporcionar explicaciones contextuales de las experiencias negativas, esto no debe ser considerado como justificación de este tipo de violencia (15).

El comportamiento abusivo se ha evidenciado en los proveedores de salud públicos y privados, justificando la normalización de la violencia obstétrica en conductas aceptables durante el parto fortalecidas por el desconocimiento de las mujeres que genera una baja expectativa durante su atención (44).

El trato deshumanizante ha sido percibido con mayor frecuencia por las gestantes añosas y las adolescentes ($P < 0,0001$), al igual que la aplicación de procedimientos médicos sin consentimiento (45).

Factores como multiparidad y menor nivel socioeconómico predisponen a las mujeres a la falta de respeto y al abuso durante la atención del parto en las instituciones prestadoras de salud (44).

También se ha identificado como factores asociados a un trato irrespetuoso y ofensivo durante el trabajo de parto: la adolescencia, ser soltera, tener un nivel socioeconómico bajo, las minorías étnicas, las inmigrantes y el diagnóstico previo de VIH (10).

El tratamiento abusivo de mujeres durante el parto se ha documentado en países de bajos recursos y se asocia a un abandono de los servicios de salud para la atención del parto (46).

Estudios brasileños han demostrado discriminación en la atención del parto para las mujeres más pobres y también para las mujeres negras asociado a la peregrinación en busca de ingreso hospitalario en el momento del parto y menor uso de analgesia para el parto (47).

Kruk et al. documentó que las mujeres con educación secundaria tenían más probabilidades de informar un tratamiento abusivo (odds ratio (OR) 1,48, intervalo de confianza (IC): 1,10-1,98), al igual que las mujeres pobres (OR 1,80; IC: 1,31-2,47) y mujeres con depresión autoinformada en el año anterior (OR 1,62, IC: 1,23-2,14), las mujeres con antecedentes previos de abuso o violación duplicaron las probabilidades de reportar falta de respeto durante la atención del parto (48).

Una revisión sistemática demostró asociación entre el estado civil (mujeres solteras / separadas) y los ingresos familiares con la percepción de violencia obstétrica; la falta de respeto o abuso durante la atención del parto fue dos a tres veces mayor entre las mujeres solteras / separadas frente al total de mujeres y las mujeres con ingresos entre 2 y 5 salarios mínimos, tuvieron 9,3 veces más riesgo de sufrir maltrato entre las mujeres que tuvieron parto vaginal (47).

Existe una creciente evidencia cualitativa del tratamiento irrespetuoso o abusivo que experimentan algunas mujeres por parte de los proveedores de servicios de salud durante el trabajo de parto y el parto (10), sin embargo, Bohren et al. evidencio una disponibilidad limitada de investigación cuantitativa con respecto a la carga de la violencia obstétrica durante el parto en las instituciones prestadoras de salud (15).

Finalmente, la realización de procedimientos médicos sin consentimiento seguidos de los tratos deshumanizantes por parte del personal de salud, especialmente, el personal de enfermería, seguido del personal médico, se han sido identificado como la principal forma de violencia obstétrica (45).

2.3 PARTO HUMANIZADO

Respetar a una mujer como un ser humano importante y valioso y asegurarse de que la experiencia de la mujer durante el parto es satisfactoria y fortalecedora es un

proceso crítico que a menudo se denomina "parto humanizado". El nacimiento humanizado significa que la mujer se coloca en el centro de la toma de decisiones y le proporciona información sobre el proceso y lo que está sucediendo durante el parto (49).

Teniendo en cuenta que el parto no constituye una enfermedad en la mujer, la Organización Mundial de la Salud recomienda seguir una pauta de atención a la asistencia al parto de forma más humanizada, no medicalizada, ni intervencionista, respetando los derechos de la mujer; por lo que plantea 16 recomendaciones (50):

- 1)** *"Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera (50)".*
- 2)** *"Debe fomentarse la capacitación de matronas profesionales. Esta profesión deberá encargarse de la atención durante los embarazos y partos normales, así como el puerperio (50)".*
- 3)** *"Debe darse a conocer entre el público servido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de partos (porcentajes de cesáreas, etc) (50)".*
- 4)** *"No existe justificación en ninguna región geográfica para más de un 10 al 15% sean cesárea (50)".*
- 5)** *"No existen pruebas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversa del segmento inferior. Por lo general deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, donde quiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia (50)".*
- 6)** *"No existen pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto tenga efectos positivos en el resultado del embarazo (50)".*
- 7)** *"No está indicado el afeitado de la región púbica ni los enemas de parto (50)".*
- 8)** *"Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto (50)".*
- 9)** *"No se justifica el uso rutinario de episiotomía (50)".*
- 10)** *"No deben inducirse los partos por conveniencia. La inducción del parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas (50)".*
- 11)** *"Debe evitarse durante el trabajo de parto la administración por rutina de fármacos analgésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto (50)".*
- 12)** *"No se justifica científicamente la ruptura artificial de las membranas por rutina (50)".*
- 13)** *"El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permita el estado de ambos (50)".*
- 14)** *"Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de partos (50)".*
- 15)** *"Deben identificarse las unidades de atención obstétricas que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento (50)".*

16) *“Los gobiernos deben considerar la elaboración de normas que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto sólo después de una evaluación adecuada (50)”.*

Una de las prioridades de la Organización Mundial de la Salud es que los gobiernos generen políticas orientadas a garantizar una atención integral y diferencial, respetando la toma de decisiones durante el embarazo, parto y puerperio (35).

En Colombia, se adoptó en 2016 un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) en el cual se ordena la implementación de la Ruta de Integral Atención en Salud Materno Perinatal que implica que las IPS cuenten con personal cualificado para la atención humanizada y con calidad que garantice buenas prácticas en la atención del parto (51,52).

El Ministerio de la Protección Social expidió la Circular 016 de 1 de Marzo de 2017, dirigida a Entidades Territoriales, Aseguradores y Prestadores de Servicios de Salud, determinando el obligatorio cumplimiento del “fortalecimiento de acciones que garanticen la atención segura, digna y adecuada a las maternas en el territorio nacional”, dentro de las cuales se mencionan las recomendaciones de la OMS y la adopción de las guías de práctica clínica y seguridad materna en las cuales se condensa el parto humanizado (53).

2.4 MARCO LEGISLATIVO DE PARTO HUMANIZADO.

La violencia contra la mujer configura una violación a los derechos humanos, por lo que diversos organismos mundiales ante los alcances de este problema lo han priorizado en la agenda nacional e internacional acerca de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (54).

En 1979 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, con el fin de suprimir toda actitud, práctica o forma de distinción, exclusión o preferencia basada en el sexo, que desfavoreciera a la mujer y privilegiara al hombre (55).

En 2018, la Organización Mundial de la Salud, actualizó las recomendaciones para los cuidados durante el parto, sin embargo también puso en evidencia la falta de implementación de leyes o actos normativos que garanticen un parto humanizado (50,56).

En América Latina y el Caribe existen leyes o actos con fuerza de ley en pro del parto humanizado en México, Argentina, Brasil, Chile, Uruguay y Venezuela (56,57), aunque en México el alcance es limitado ya que sólo diez de las treinta y un unidades federadas que constituyen el Estado federal definieron la violencia obstétrica en sus respectivas leyes de acceso a una vida libre de violencia y en tres de ellas se tipificó como delito la violencia obstétrica (57).

También fueron localizadas iniciativas legislativas en otros países, las cuales se desconoce si fueron aprobadas o rechazadas en el momento de publicación del presente trabajo; en Ecuador la iniciativa *Proyecto de Ley Orgánica de Parto Humanizado* buscaba regular los mecanismos para una adecuada atención integral del parto humanizado y normal en todos los casos en los que los partos por cesárea, no sean médicamente indispensables (58); en Panamá, en el anteproyecto de Ley No 061/2015, se mencionan los derechos de la mujer en los procesos de embarazo, trabajo de parto, parto y postparto (56) y en Perú, el Proyecto de Ley 1158/2011-CR, propone la Ley de promoción y protección del derecho del parto humanizado y de la salud de la mujer gestante (59).

En Colombia se discutieron, entre 2017 y 2019, en el Congreso de la República el proyecto de Ley número 063 de 2017 o Ley de Parto Humanizado que buscaba “garantizar los derechos de las madres a vivir el trabajo de parto, parto y posparto con libertad de decisión, consciencia y respeto, así como los derechos de los recién nacidos” (60) y el proyecto de Ley número 147 de 2017 o *Ley mediante la cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica* que tenía un enfoque punitivo hacia los profesionales de salud y las instituciones que incurrieran en estas conductas (61).

Aunque en Colombia no existe actualmente una Ley para reglamentar el parto humanizado, sí existe normatividad que invita a la protección del proceso de gestación, parto y puerperio como la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (13) y la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (51).

Los derechos de las mujeres que garantizan una maternidad libre de violencia institucional se enmarcan en el contexto más amplio de los derechos humanos, como se observa en la Cuadro N° 2, donde se hace referencia a instrumentos internacionales y nacionales para proteger a las mujeres en edad reproductiva (54).

Cuadro 2. Derechos maternos a la salud*

Derecho	Estándares internacionales	Estándares Multinacionales y Nacionales
<i>Toda mujer tiene derecho a estar libre de violencia y maltratos</i>	• <i>Declaración para la Eliminación de la Violencia contra la Mujer</i>, 1994, Artículo 1 • <i>Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (ICCPR, por sus siglas en inglés)</i>, 1966, Artículo 7 • <i>Iniciativa Internacional para el parto Madre-Bebé: Un Enfoque de Derechos</i>	• <i>Carta Europea de los Derechos de los Pacientes</i>, 2002, Artículo 9 • <i>Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela</i>, 2007, Artículo 15

Derecho	Estándares internacionales	Estándares Multinacionales y Nacionales
	<i>Humanos para Cuidados Maternos Óptimos, 2010, Artículo 9</i> • <i>Carta Internacional de la Federación para la Paternidad Planificada sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, 1996, Artículo 12</i> • <i>Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, 1997, Artículo 4</i>	
<i>Toda mujer tiene derecho a obtener información, al consentimiento o rechazo informado, y al respeto a sus decisiones y preferencias, incluida su decisión de acompañamiento durante el período de cuidado materno</i>	• <i>Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (ICCPR, por sus siglas en inglés), 1966, Artículo 7, 19</i> • <i>Carta Internacional de la Federación para la Paternidad Planificada sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, 1996, Artículo 6</i> • <i>Iniciativa Internacional para el parto Madre-Bebé: Un Enfoque de Derechos Humanos a los Cuidados Maternos Óptimos, 2010, Artículo 3, 4</i> • <i>Reporte de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre prevenir la mortalidad materna, morbilidad y derechos humanos, 2010</i> • <i>Declaración Universal de Bioética y Derechos</i>	• <i>Justicia en el Parto como Justicia Reproductiva, NAPW, 2010</i> • <i>Carta de la Unión Europea de los Derechos Fundamentales, 2000, Artículo 3.2, 7</i> • <i>Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a la Aplicación de la Biología y la Medicina: Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina, 1997, Artículo 5</i> • <i>Declaración sobre el Fomento de los Derechos de los Pacientes en Europa, 1994, Artículos 1.5, 2, 3, 4.6, 5</i> • <i>Carta Europea sobre los Derechos de los Pacientes, 2002, Artículo 3, 4, 5, 12</i>

Derecho	Estándares internacionales	Estándares Multinacionales y Nacionales
	Humanos, 1997, Artículo 6	• Ley de Acompañamiento durante el Trabajo de Parto, Nacimiento y Post-parto de Puerto Rico, 2006, Artículo 3e, 3f • Ley de Parto Humanizado—Ley Nacional No.25.929 de Argentina, 2004, Artículo 2f, 2g • Los Derechos de las Mujeres en Edad Reproductiva, Conexión al Momento del Nacimiento 1999, 2006, Artículos 3, 4, 5, 6, 9, 12, 13, 14, 16, 19
Toda mujer tiene el derecho a la privacidad y la confidencialidad	• Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (ICCPR, por sus siglas en inglés), 1966, Artículo 17 • Carta Internacional de la Federación para la Paternidad Planificada sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, 1996, Artículo 4 • Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, 1997, Artículo 9	• Declaración sobre el Fomento de los Derechos de los Pacientes en Europa, 1994, Artículo 1.4, 4 • Carta Europea sobre los Derechos de los Pacientes, 2002, Artículo 6 • Los Derechos de las Mujeres en Edad Reproductiva, 1999, 2006, Artículo 7
Toda mujer tiene el derecho a ser tratada con dignidad y respeto	• Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (ICCPR, por sus siglas en inglés), 1966, Artículo 2 • Iniciativa Internacional para el parto Madre-Bebé: Un Enfoque de Derechos	• Justicia en el Parto como Justicia Reproductiva, NAPW, 2010 • Carta Europea sobre los Derechos de los Pacientes, 2000, Artículo 1, 3, 7

Derecho	Estándares internacionales	Estándares Multinacionales y Nacionales
	<i>Humanos a los Cuidados Maternos Óptimos, 2010, Artículo 1</i> • <i>Reporte de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre prevenir la mortalidad materna, morbilidad y derechos humanos, 2010</i> • <i>Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, Beijing 1995</i> • <i>Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, 1997, Artículo 8, 10, 11</i>	• <i>Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a la Aplicación de la Biología y la Medicina: Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina, 1997, Artículo 1</i> • <i>Declaración sobre el Fomento de los Derechos de los Pacientes en Europa, 1994, Artículo 1.1, 1.4, 1.5</i> • <i>Carta Europea sobre los Derechos de los Pacientes, 2002, Artículo 7</i>
<i>Toda mujer tiene el derecho a la igualdad, a la no discriminación y a cuidados equitativos.</i>	• <i>Convenio para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), 1979, Artículo 1</i> • <i>Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR, por sus siglas en inglés), 1976, Artículo 2</i> • <i>Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (ICCPR, por sus siglas en inglés), 1966, Artículo 26</i> • <i>Carta Internacional de la Federación para la Paternidad Planificada sobre los Derechos Sexuales y</i>	• <i>Carta de la Unión Europea sobre los Derechos Fundamentales, 2000, Artículo 21, 23</i> • <i>Declaración sobre el Fomento de los Derechos de los Pacientes en Europa, 1994, Artículo 5.1</i>

Derecho	Estándares internacionales	Estándares Multinacionales y Nacionales
	<i>Reproductivos, 1996, Artículo 3</i> • <i>Reporte de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre prevenir la mortalidad materna, morbilidad y derechos humanos, 2010</i> • <i>Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, Beijing 1995, Artículo 28</i> • <i>Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, 1997, Artículo 10, 11</i>	
<i>Toda mujer tiene derecho a recibir cuidados médicos oportunos y en el nivel de salud más alto posible.</i>	• <i>Declaración de Alma Ata, Conferencia Internacional sobre Cuidados Primarios, 1978, Preámbulo, Artículos 4, 6</i> • <i>Carta Internacional de la Federación para la Paternidad Planificada sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, 1996, Artículo 9</i> • <i>Reporte de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre prevenir la mortalidad materna y morbilidad y derechos humanos</i> • <i>Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, Beijing 1995</i> • <i>Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, Artículo 25</i>	• <i>Carta de la Unión Europea sobre los Derechos Fundamentales, 2000, Artículo 35</i> • <i>Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, 2008, Artículo 45.V</i> • <i>Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano Con Respecto a la Aplicación de la Biología y la Medicina: Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina, 1997, Artículo 3</i> • <i>Declaración sobre el Fomento de los Derechos de los Pacientes en Europa, 1994, Artículo 5</i>

Derecho	Estándares internacionales	Estándares Multinacionales y Nacionales
	• <i>Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, 1997, Artículo 14.2</i>	• <i>Los Derechos de las Mujeres en Edad Reproductiva, 1999, 2006, Artículo 1</i>
<i>Toda mujer tiene derecho a la libertad, autonomía, a decidir por sí misma y estar libre de toda coacción.</i>	• <i>Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 1994, Artículo 1</i> • <i>Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR, por sus siglas en inglés), 1976, Artículo 1</i> • <i>Carta Internacional de la Federación para la Paternidad Planificada sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, 1996, Artículo 2</i> • <i>Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (ICCPR, por sus siglas en inglés), 1966, Artículo 9.1, 18.2</i> • <i>Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, Artículo 5</i>	• <i>Carta de la Unión Europea sobre los Derechos Fundamentales, 2000, Artículo 6</i> • <i>Declaración sobre el Fomento de los Derechos de los Pacientes en Europa, 1994, Artículo 1.2</i>

*Fuente: Jolviet R. 2011 (54)

3 METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación está enmarcada en el enfoque metodológico cuantitativo, utilizando técnicas estadísticas enfocadas en el método científico (empírico – analítico).

3.2 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de tipo transversal cross-sectional.

3.3 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.

Para el análisis se incluyeron variables sociodemográficas, clínicas y ginecobstétricas, descritas en la tabla de operacionalización de variables. Anexo A

3.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Para determinar los factores asociados a violencia obstétrica en mujeres atendidas en las instituciones prestadoras de salud del municipio de Pasto se tuvo en cuenta las gestantes que ingresaron para la terminación de su embarazo, ya sea por parto vaginal o cesárea, durante el 11 de enero y el 15 de marzo de 2019.

3.5 MUESTRA

Para el cálculo del tamaño de muestra se tuvo en cuenta el número de partos institucionales que fueron atendidos por las IPS del municipio de Pasto de mediana y alta complejidad en el mismo periodo de tiempo del estudio enero a marzo de 2018.

Se utilizó el programa de libre distribución para el análisis epidemiológico de datos tabulados EPIDAT 3.1. Se consideró un nivel de confianza estadística (z) de 95%, una precisión (d) de 5% y se estimó una prevalencia (P) de 50%. Se estimó un tamaño muestral de 291.

Tabla 1. Cálculo del tamaño de muestra teniendo en cuenta los partos atendidos en las IPS del municipio de Pasto en enero a marzo de 2018.

Instituciones Prestadoras de Salud	N	%	n
Institución de Salud N°1	360	30,0	87
Institución de Salud N°2	285	23,8	70

Instituciones Prestadoras de Salud	N	%	n
Institución de Salud N°3	250	20,8	61
Institución de Salud N°4	120	10,0	31
Institución de Salud N°5	120	10,0	29
Institución de Salud N°6	65	5,4	13
Total	1200	100,0	291

Fuente: Información preliminar RUAF ND. Oficina de epidemiología. Instituto Departamental de Salud de Nariño 2018.

3.5.1 Criterios de inclusión

Se estudiaron a las mujeres que:

- Se encontraban hospitalizadas en las IPS del municipio de Pasto en post parto inmediato dentro de las 24 horas posterior al parto vaginal o cesárea.

3.5.2 Criterios de exclusión

- Mujeres en post parto inmediato no residentes del departamento de Nariño.
- Menores de 14 años.
- Mujeres en condición de salud o facultades que no les permita otorgar consentimiento pleno e informado para participar en el estudio.

3.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.6.1 Fuente de información

Con la colaboración del Instituto Departamental de Salud de Nariño como entidad Territorial y teniendo en cuenta sus funciones de inspección y vigilancia en Salud Pública se obtuvo la autorización para ingresar a las IPS del municipio de Pasto. Se utilizó la fuente primaria como medio para obtener la información, para ello se encuestó a las mujeres que se encontraban en postparto inmediato, utilizando un muestreo probabilístico aleatorio simple.

3.6.2 Instrumento de recolección de información

Para la recolección de los datos se adaptó el *CUESTIONARIO PARA MUJERES EN PERIODO POST-PARTO INMEDIATO EN UNIDADES DE SALUD* del Instituto Nacional de Salud Pública de México (Anexo B) diseñado por la investigadora María del Rosario Valdéz previa autorización de la misma (Anexo C).

3.6.3 Prueba piloto

Con el fin de verificar la pertinencia y robustez del contenido del instrumento de captación de información, se realizó una prueba piloto con el fin de garantizar la

calidad del instrumento, al 10% de la población a estudio, correspondiente a 30 mujeres, y se entrenó a las entrevistadoras.

3.6.4 Proceso de obtención de información

El Instituto Departamental de Salud de Nariño contrató un encuestador, profesional de enfermería con experiencia en salud pública, para la recolección de la información.

La recolección de la información se realizó durante el 11 de enero y el 15 de marzo de 2019.

3.7 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

El sesgo de información se controló incluyendo de manera aleatoria a las mujeres participantes del estudio.

El sesgo de selección se manejó incluyendo un número representativo de la población a estudio.

El sesgo del entrevistador se limitó utilizando un cuestionario estructurado.

Los datos se pudieron ver afectados por errores en la memoria de las mujeres.

3.8 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para la creación de la base de datos se utilizó una hoja de cálculo en MS Office Excel 2013 que se exportó y se analizó en el programa estadístico SPSS 22® para Windows con licencia Universidad de Nariño.

Para este estudio se tuvo como variable dependiente: violencia obstétrica y como variables independientes las características sociales y demográficas, los antecedentes de fecundidad y las condiciones actuales del embarazo y parto.

Para alcanzar los objetivos se realizó el análisis de la siguiente manera:

Para dar respuesta al primer objetivo de caracterizar socio-demográficamente a la población estudiada, se realizó distribución de frecuencias para las variables: área de residencia, escolaridad, pertenencia étnica, estado civil, actividad laboral en la última semana, régimen de salud, religión, antecedentes de fecundidad, controles durante el embarazo, tipo de parto, duración del trabajo de parto, dolor y momento de dolor.

Para determinar la distribución de la variable cuantitativa, edad, se utilizó la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov encontrando una distribución NO normal, por lo tanto se obtuvo la mediana como medida de posición acompañada del rango intercuartil.

Para dar respuesta al segundo objetivo de identificar la falta de respeto o abuso durante la atención del parto en las mujeres atendidas en las IPS del municipio de Pasto, se realizó distribución de frecuencias para las variables: personal maltratador, tipo de violencia obstétrica, consentimiento y explicación del procedimiento y percepción del tacto vaginal.

Los resultados del análisis univariado se presenta en tablas y texto.

Para dar respuesta al tercer objetivo, explorar la asociación entre los factores sociodemográficos, los antecedentes de fecundidad, las características del embarazo y parto actual y la falta de respeto o abuso durante la atención del parto en las mujeres del departamento de Nariño atendidas en las IPS del municipio de Pasto, se recodificó la variable edad y se realizó regresión logística binaria, se calcularon OR crudos.

Teniendo en cuenta que no se encontró significancia estadística en el análisis bivariado ya que todas las variables tuvieron un valor p mayor a 0.05 y tampoco se cumplió con el criterio de Hosmer Lemeshow para variables con valor p menor de 0.25, no se hizo análisis multivariado.

3.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En todo momento se tuvo en cuenta los principios establecidos en la investigación en seres humanos garantizando el no daño en los participantes, prevaleciendo el respeto por su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar, propendiendo siempre por:

- a) Respeto a la autonomía: se explicó detalladamente los objetivos de la investigación de modo que las mujeres se encontraban suficientemente informadas para ejercer su libertad de tomar la decisión de participar en el estudio. La encuesta solo se aplicó posterior a la obtención del consentimiento informado (Anexo 3) por escrito de acuerdo con la declaración de Helsinki II y la resolución 008430 del Ministerio de Salud de 1993 (62).
- b) Beneficencia: Se procuró maximizar los beneficios para la población estudiada, evidenciar la violencia obstétrica en las Instituciones de Salud e informarla al ente de control, Instituto Departamental de Salud de Nariño y a las Instituciones de Salud para generar estrategias para favorecer un parto humanizado.

- c) No maleficencia: la investigación no constituyó en ningún momento un riesgo para las mujeres participantes.

Esta investigación es de tipo observacional y se categoriza como sin riesgo según la Resolución 008430 del Ministerio de Salud de 1993 (62).

Los datos obtenidos como resultado del estudio se manejaron de forma anónima y serán usados con fines exclusivamente académicos y científicos.

Teniendo en cuenta la jurisprudencia Colombiana donde se ha definido como menor adulto a las personas que se encuentran entre los 14 años cumplidos y antes de los 18 años, se firmó el consentimiento informado por el menor y el representante legal (63).

4 RESULTADOS

El estudio incluyó 291 pacientes en postparto inmediato atendidas en las Instituciones Prestadoras de Salud de mediana y alta complejidad con servicio de obstetricia en el municipio de Pasto durante el periodo de enero a marzo de 2019.

4.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA, ANTECEDENTES DE FECUNDIDAD Y CONDICIONES DEL EMBARAZO Y PARTO ACTUAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

En la población estudiada se encontró una edad mínima de 16 años y máxima de 47, el 50% de las mujeres tenían 26 años o menos. Más del 50% eran residentes de la cabecera municipal y habían terminado el bachillerato, 45 pacientes se identificaron con una pertenecía étnica diferente a blanca o mestiza, 3% como indígenas y 12% como negras, mulatas o afrocolombianas. La mayoría refirieron tener pareja en el momento del parto, 64% eran amas de casa, 76% se encontraban afiliadas al régimen de salud subsidiado, y siete mujeres que correspondieron al 2%, se encontraban sin afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Colombia. En cuanto a la religión se encontró que 3% de la población profesaban una devoción diferente a la católica. Tabla 2.

Tabla 2. Características sociodemográficas de las mujeres en postparto inmediato en las IPS del municipio de Pasto. Primer trimestre 2019

Datos sociodemográficos		n = 291	%
Edad mediana 26 [Q3 – Q1: 31 – 21] (Min: 16 - Max: 47)			
Área de residencia	Cabecera municipal	169	58,1
	Centro poblado	45	15,5
	Rural disperso	77	26,5
Escolaridad	Ninguno	3	1,0
	Primaria	92	31,6
	Bachiller	120	41,2
	Técnica o Tecnóloga	37	12,7
	Universitaria	39	13,4
Pertenencia étnica	Indígena	9	3,1
	Negra, mulata, afrocolombiana	36	12,4
	Blanca - Mestiza	246	84,5
Estado civil	Con pareja	205	70,4
	Sin pareja	86	29,6
Actividad laboral en la última semana	Trabajó	31	10,7
	Tenía trabajo, pero no trabajó	3	1,0
	Estudiante	22	7,6
	Ama de casa	187	64,3

Datos sociodemográficos		n = 291	%
	Incapacitada para trabajar	20	6,9
	No trabaja	28	9,6
Régimen de salud	Subsidiado	221	75,9
	Contributivo	60	20,6
	Excepción	5	1,7
	No afiliado	5	1,7
Religión	Católica	276	94,8
	Cristiana	9	3,1
	Evangélica	1	0,3
	Ninguna	5	1,7

Más del 50% de las mujeres tenían como antecedentes de fecundidad haber cursado de dos a cuatro embarazos y 287 mujeres (98,6%) realizaron controles prenatales. Tabla 3.

Tabla 3. Antecedentes de fecundidad y las condiciones del embarazo actual de las pacientes en postparto inmediato en las IPS del municipio de Pasto. Primer trimestre 2019

Fecundidad y condiciones del embarazo actual		n = 291	%
Antecedentes de fecundidad	Primigestantes	120	41,2
	2 a 4 embarazos	164	56,4
	Gran multíparas	7	2,4
Controles durante el embarazo	Si	287	98,6
	No	4	1,4

El 39% de las pacientes que corresponde a 114 mujeres fueron clasificadas como bajo riesgo obstétrico durante el embarazo, sin embargo, el 58% terminaron su gestación a través de cesárea y de ellas el 21,2% fueron cesáreas programadas. Tabla 4.

Tabla 4. Terminación del embarazo de acuerdo con la clasificación del embarazo de las pacientes en postparto inmediato en las IPS del municipio de Pasto. Primer trimestre 2019

Tipo de parto	Clasificación embarazo			
	Bajo riesgo		Alto riesgo	
	n = 114	%	n = 177	%
Natural	48	42,1	44	24,9
Cesárea	52	45,6	101	57,1
Cesárea programada	14	12,3	32	18,1

El 68% de las mujeres terminaron su gestación a través de cesárea, de los cuales el 77% fueron procedimientos no programados. El 28% tuvo una duración de trabajo de parto de 11 horas o más. En cuanto al dolor durante el proceso de atención del parto el 83%, 46 mujeres, refirió que sintió mucho dolor en su mayoría en el periodo expulsivo. Tabla 5.

Tabla 5. Características del parto actual de las pacientes en postparto inmediato en las IPS del municipio de Pasto. Primer trimestre 2019

Tipo de parto	n = 291	%
Natural	92	31,7
Cesárea	153	52,6
Cesárea programada	46	15,8
Duración del trabajo de parto	n = 245*	%
No tuvo trabajo de parto	73	30
0 a 5 horas	44	18
6 a 10 horas	59	24
11horas o más	69	28
Sintió mucho dolor	n = 172**	%
Si	142	83
No	30	17
Momento de dolor	n = 142***	%
Fase activa	54	38
Con la administración de oxitocina	17	12
Periodo expulsivo	46	32
Durante todo el trabajo de parto	25	18

*No se tuvo en cuenta las 46 gestantes de cesárea programada.

**Solo se tiene en cuenta las gestantes que tuvieron trabajo de parto

***Gestantes que refirieron mucho dolor en el trabajo de parto.

4.2 FALTA DE RESPETO O ABUSO DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN LAS IPS DEL MUNICIPIO DE PASTO

El 21,3%, 62 casos, de la población estudiada, refirió sentirse maltratada durante la atención del parto en las Instituciones Prestadoras de Salud.

El personal identificado por las mujeres como maltratador en la mayoría de los casos fueron las enfermeras seguido de los médicos, además, el 11% de las pacientes se sintió maltratada por el personal apoyo en las instituciones de salud, 8% por empleados administrativos y 3% por los celadores de las diferentes instituciones. Tabla 6.

Tabla 6. Distribución de frecuencias del personal maltratador de las pacientes en postparto inmediato en las IPS del municipio de Pasto. Primer trimestre 2019

Personal maltratador	n = 62*	%
-----------------------------	----------------	----------

Enfermera	27	44
Médico	23	37
Médica	13	21
Administrativos	5	8
Enfermero	2	3
Celadores	2	3

*Gestantes que reconocieron ser maltratadas en las instituciones de salud.

Se evidenció cuidados sin dignidad a las mujeres atendidas en las IPS del municipio de Pasto al solicitarles a algunas de ellas en trabajo de parto que no gritaran, que no lloraran, en otros casos al hacerlas sentir ofendidas o como una molestia, al tratar a una paciente con un sobrenombre y en 15% de los casos al no permitirles adoptar posiciones cómodas según sus necesidades. A 88% de las pacientes no se les permitió estar acompañadas durante su trabajo de parto por alguien de su confianza. El abuso físico se dio en 26 mujeres a través de maniobras de kristeller. Diez mujeres justificaron el trato recibido refiriendo que este se dio buscando el bienestar de su recién nacido y un trabajo de parto exitoso. En cuanto a la medicalización del trabajo de parto se evidenció que al 20% de las mujeres que tuvieron su parto por vía vaginal les realizaron rasurado de genitales o episiotomía. Frente al consentimiento durante la realización de procedimientos médicos como el tacto vaginal, más del 20% de las gestantes refirió que este fue sin consentimiento y sin explicación. Tabla 7.

Tabla 7. Distribución de frecuencias de la falta de respeto durante la atención del parto en las mujeres atendidas en las IPS del municipio de Pasto. Primer trimestre 2019

Violencia obstétrica	n = 291	%
Se le informó que NO podía estar acompañada por alguien de su confianza	256	88,0
No se le permitió caminar o buscar posiciones según sus necesidades	248	85,2
Alguien le hizo presión sobre el abdomen con ambas manos o con el antebrazo. Maniobra de Kristeller	24	26,1**
Realización del tacto vaginal sin explicación	68	23,3
Realización del tacto vaginal sin consentimiento	63	21,6
Medicalización del trabajo de parto (rasurado de genitales – episiotomía)	18	19,6**
Le dijeron que no gritara	25	8,6
Le dijeron que no llorara	15	5,2
Justificación de la violencia por parte de la madre	10	3,4
Le dijeron que era una molestia	8	2,7
Alguien la ofendió	6	2,1
Alguien le puso un sobrenombre	1	0,3

** El cálculo se realizó teniendo en cuenta los partos por vía vaginal (24/92)

Frente a la percepción del consentimiento para la realización del tacto vaginal en las mujeres atendidas en las IPS del municipio de Pasto, el 18% refirió que nunca recibió excelente información frente al procedimiento, el 85% sintió que no podía rechazar un tacto vaginal y al 18% nunca le solicitaron permiso antes de realizar el tacto. El 35,7% de las pacientes deseó haber recibido mejor información y 104 mujeres, 35,7%, consideraron que la razón del tacto vaginal no siempre fue discutida de manera adecuada. El 63,9% de las mujeres a quienes se les realizó tacto vaginal consideraron que este procedimiento siempre fue más desagradable de lo que imaginaron, 53% encontró los tactos vaginales siempre dolorosos y su realización les causó ansiedad. 62 mujeres siempre tuvieron vergüenza durante el procedimiento y 23,4% refirieron, que al menos un tacto, que fue hecho bruscamente. La mayoría de las mujeres a las que se les realizó algún tacto vaginal consideraron que se hicieron con respeto, cuidado y se mantuvo siempre la privacidad. 34 mujeres, 12%, refirieron que, pensando en su trabajo de parto, le realizaron muchos tactos vaginales Tabla 9.

Tabla 8. Percepción durante la realización del tacto vaginal en las mujeres atendidas en las IPS del municipio de Pasto. Primer trimestre 2019

Percepción del tacto vaginal	Siempre		Varias veces		A veces		Nunca		Sin respuesta		Total
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Excelente información	178	61,2	2	0,7	32	11	52	17,9	27	9,3	291
Podía rechazar un tacto	10	3,4	0	0	5	1,7	247	84,9	29	10	291
Solicitud de permiso	190	65,3	2	0,7	20	6,9	52	17,9	27	9,3	291
Se discutió el motivo del tacto	104	35,7	1	0,3	107	36,8	48	16,5	31	10,7	291
Deseado mejor información	104	35,7	0	0	1	0,3	158	54,3	28	9,6	291
Bruscamente	20	6,9	3	1	45	15,5	195	67	28	9,6	291
Doloroso	155	53,3	1	0,3	45	15,5	63	21,6	27	9,3	291
Más desagradable de lo imaginado	186	63,9	0	0	5	1,7	72	24,7	28	9,6	291
Ansiedad	154	52,9	2	0,7	45	15,5	68	23,4	22	7,6	291
Vergüenza	62	21,3	2	0,7	25	8,6	174	59,8	28	9,6	291
Hecho con respeto	251	86,3	3	1	9	3,1	1	0,3	27	9,3	291
Hecho con cuidado	218	74,9	2	0,7	32	11	12	4,1	27	9,3	291
Mantuvo la privacidad	222	76,3	4	1,4	16	5,5	22	7,6	27	9,3	291
Muchos tactos vaginales	34	11,7	0	0	1	0,3	225	77,3	31	10,7	291

4.3 ASOCIACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, LOS ANTECEDENTES DE FECUNDIDAD, LAS CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO Y PARTO ACTUAL Y LA FALTA DE RESPETO O ABUSO DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN LAS MUJERES DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO ATENDIDAS EN LAS IPS DEL MUNICIPIO DE PASTO.

El 97%, 281 mujeres, de la población estudiada, fueron víctimas de violencia obstétrica. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad, el estado civil, el área de residencia, la escolaridad, la pertenencia étnica, la religión,

la actividad laboral en la última semana, el régimen de salud, los antecedentes de fecundidad, tipo de parto y duración del trabajo de parto con la falta de respeto o abuso durante la atención del parto en las mujeres del departamento de Nariño atendidas en las IPS del municipio de Pasto. Tabla 10.

Tabla 9. Factores asociados a violencia obstétrica en las mujeres atendidas en las IPS del municipio de Pasto. Primer trimestre 2019

Variables		Violencia obstétrica		ORc (IC 95%)	Valor p
		Si = 281 (97%)	No = 10 (3%)		
Grupo de edad	15 a 19 años	49	1	1	0,707
	20 a 24 años	81	4	0,41 (0,045 - 3,804)	
	25 a 29 años	54	3	0,36 (0,037 - 3,649)	
	30 a 34 años	51	2	0,52 (0,046 - 5,925)	
	35 a 39 años	35	0	NI	
	40 años y más	11	0	NI	
Estado civil	Con pareja	198	7	1	0,975
	Sin pareja	83	3	0,97 (0,247 - 3,875)	
Área de residencia	Cabecera municipal	164	5	1	0,859
	Centro poblado	43	2	0,65 (0,123 - 3,496)	
	Rural disperso	74	3	0,75 (0,175 - 3,230)	
Escolaridad	Ninguna	3	0	NI	0,977
	Primaria	89	3	0,78 (0,079 - 7,747)	
	Bachiller	115	5	0,60 (0,069 - 5,344)	
	Técnica o tecnóloga	36	1	0,94 (0,057 - 15,72)	
	Universitaria	38	1	1	
Pertenencia étnica	Indígena	8	1	0,26 (0,030 - 2,415)	0,434
	Negra, mulata, afrocolombiana	35	1	1,17 (0,143 - 9,693)	
	Blanca, mestiza	238	8	1	
Religión	Católica	267	9	1	0,607
	Cristiana	8	1	0,27 (0,030 - 2,391)	
	Evangélica	1	0	NI	
	Ninguna	5	0	NI	
Actividad laboral en la última semana	Trabajó	30	1	1	0,996
	Tenía trabajo, pero no trabajó	3	0	NI	
	Estudiante	21	1	0,70 (0,041 - 11,83)	
	Ama de casa	181	6	1,006 (0,117 - 8,65)	
	Incapacitada para trabajar	19	1	0,633 (0,037 - 10,74)	
	No trabaja	27	1	0,90 (0,054 - 15,10)	
Régimen de salud	Subsidiado	213	8	1	0,944
	Contributivo	58	2	1,08 (0,225 - 5,269)	
	Excepción	5	0	NI	
	No afiliado	5	0	NI	
Primigestante	Si	116	4	1,05 (0,291 - 3,820)	0,936
	No	165	6	1	
Tipo de parto	Natural	91	1	6,34 (0,642 - 62,82)	0,228
	Cesárea	147	6	1,70 (0,410 - 7,121)	
	Cesárea programada	43	3	1	
Duración del trabajo de parto	No tuvo trabajo de parto	70	3	1	0,399

Variables	Violencia obstétrica		ORc (IC 95%)	Valor p
	Si = 281 (97%)	No = 10 (3%)		
0 a 5 horas	42	2	0,90 (0,144 - 5,608)	
6 a 10 horas	57	2	1,22 (0,197 - 7,561)	
11horas o más	69	0	NI	

5 DISCUSIÓN

La violencia obstétrica es un evento que ha sido reconocido en diferentes escenarios asistenciales durante la atención de la gestación, el parto y el puerperio (64) .

Los resultados de esta investigación evidenciaron que el 97% de las mujeres fueron víctimas de violencia obstétrica, información superior a la reportada por Pereira y Vega et al quienes encontraron una prevalencia de 26,3% y 5,5% respectivamente (16,65), sin embargo, solo el 21,3% de las mujeres de este estudio reconoció haber sido maltratada durante la atención del parto en las Instituciones Prestadoras de Salud, lo que pone en evidencia la naturalización y la normalización de este tipo de violencia, basado en relaciones asimétricas de poder y autoridad, a quien el “otro” le debe respeto y obediencia (28).

Las enfermeras fueron identificadas en la mayoría de los casos, 44%, como el personal maltratador, lo que concuerda con lo publicado por Gonzales et al, quienes observaron violencia obstétrica por parte de las enfermeras o auxiliares de enfermería por falta de preparación, negligencia y mala praxis (66), lo que es contradictorio teniendo en cuenta la formación holística y humanizada la cual es la base de la educación de los profesionales de enfermería (67).

En una revisión sistemática se evidenció a las médicas y enfermeras como el personal señalado con mayor frecuencia en la ocurrencia de la violencia obstétrica, 40% y 30% respectivamente y con menor frecuencia a los médicos con el 23% (68), en este estudio los médicos ocuparon el segundo lugar con el 37%, sin embargo, el personal de apoyo como los celadores también fue identificado como violento, lo que demuestra que las interacciones con los diferentes actores que participan en la atención del parto, como el personal médico, de enfermería e incluso camilleros, porteros y personal administrativo de la institución de salud se convierte en un hito para las madres como una experiencia positiva o negativa que incluso podría convertirse en un posible detonante de depresión postparto (69).

Hoy en día se puede reconocer la atención del parto como un procedimiento acelerado, frío, despersonalizado en adherencia a protocolos de manejo que incluyen una intervención médica descrita en muchos casos como excesiva que no distingue a mujeres de bajo o alto riesgo (70). En este estudio se evidenció que la mayoría de las mujeres, 58%, clasificadas como bajo riesgo obstétrico fueron sometidas a cesáreas para la atención del parto.

Los tratamientos médicos inapropiados, como la terminación del parto por cesárea sin justificación clínica, han sido considerados como una forma de violencia obstétrica (2,71), ya que se considera una práctica invasiva que incrementa el riesgo de morbilidad de madres e hijos en mayor medida que lo observado en los nacimientos por parto vaginal (71). El 68% de las mujeres, de este estudio, terminaron su gestación a través de cesárea, dato superior a la recomendación de

la Organización Mundial de la Salud, quienes consideran que la tasa ideal debe oscilar entre el 10 y el 15% (72).

Por lo anterior es necesario fortalecer la formación académica de los profesionales de la salud en parto fisiológico logrando afectar positivamente la reducción de procedimientos iatrogénicos, la promoción del trabajo humanizado y la reducción de cesáreas innecesarias (64).

Actualmente se reconocen diferentes métodos que pueden brindar asistencia humanizada al trabajo de parto y al parto, una de ellas, encaminada a aliviar el dolor (73); se sabe que el dolor durante el parto no aporta ningún beneficio y puede ocasionar una mala perfusión placentaria a través del aumento del gasto cardíaco, elevación de la tensión arterial, aumento de los niveles plasmáticos de catecolaminas entre otros efectos fisiológicos que pueden generar hipoxia y acidosis fetal (74). En este estudio, el dolor estuvo presente en el 83% de las mujeres durante la atención de su trabajo de parto, la mayoría de ellas durante la fase activa, información superior a la identificada por Melzack quien reportó que 20% de las mujeres consideraron el dolor de parto como insoportable, 35% como intenso, 30% como moderado y sólo el 15% señaló la intensidad como mínima (75).

El alivio del dolor durante la atención del parto ha sido una súplica por parte de la mayoría de las gestantes por lo que se considera un derecho esencial y debe ser ofertado a todas las mujeres en trabajo de parto; no existe ninguna razón que justifique el no alivio de éste, salvo negativa de la mujer o contraindicación médica expresa (76).

Otra forma de violencia obstétrica presente en las mujeres de este estudio fue el informarle al 88% de las gestantes que no podían estar acompañadas de alguien de su confianza durante la atención del trabajo de parto, superior a lo reportado por Meijer et al quien encontró que el 46,9% de las mujeres que dieron a luz por parto vaginal no pudieron estar acompañadas por alguien de su elección e inferior a lo informado en el mismo estudio respecto a las gestantes que tuvieron parto por cesárea, donde casi ninguna, 92,1% tuvo la oportunidad de ir acompañado por alguien de su confianza (77).

En Colombia, a través de la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, se insta a permitir el acompañamiento de la gestante durante el trabajo de parto y el parto vaginal no instrumentado y sin complicaciones de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija (78).

Adicionalmente el acompañamiento durante la atención del trabajo de parto genera un apoyo emocional, informativo y representativo que hace que las gestantes experimenten menos dolor al sentirse seguras en todo momento (79).

También se identificó como violencia el no permitirle caminar o buscar posiciones según sus necesidades al 85% de las gestantes, superior a lo informado por Huarino et al quien observó que el 77,2% de las parturientas dio a luz en posición de litotomía

sin la opción de poder elegir una posición más cómoda (80); la exigencia de posiciones para el parto, principalmente el decúbito dorsal, se ha considerado como una posición segura y cómoda para el profesional que lo atiende, no para la mujer que se encuentra en trabajo de parto, en ellas la posición de litotomía disminuye la fuerza de encajamiento del feto y la fuerza de la mujer para pujar lo que puede conducir a la realización de episiotomía para mayor apertura vaginal incrementando el riesgo de sangrado, infecciones y retrasando el apego inmediato del recién nacido mientras realizan la episiorrafia aumentando la ansiedad de la madre (81).

Por otro lado, al 26,6% de las mujeres, que tuvieron parto vaginal, les realizaron presión sobre el abdomen con ambas manos o con el antebrazo durante la atención del trabajo de parto, superior a lo reportado por Ochoa et al quien encontró una frecuencia de maniobra de Kristeller de 12,2% y que además evidenció un aumento en la probabilidad de complicaciones maternas en 12.9 veces y neonatales en 6.5 veces frente a no utilizar esta maniobra (82).

Asimismo, se identificó como formas de violencia el no permitirles gritar y llorar al 8,6% y 5,2% de las mujeres respectivamente; Olivares también reconoció este tipo de maltrato a través de la dominación que sufren las gestantes sobre su manera de expresar y dar a conocer el dolor durante el trabajo de parto (83), esta forma de abuso es un claro ejemplo de la represión que existe en las instituciones de salud (84).

Se pudo observar también como 3,4% de las embarazadas, invisibilizaron formas de violencia obstétrica, justificando estas prácticas como favorecedoras de la salud fetal.

Otras formas de violencia obstétrica manifestadas por las mujeres fue hacerlas sentir una molestia al 2,7%, sentirse ofendidas al 2,1% y haber recibido un sobrenombre al 0,3%, inferior a lo encontrado por Huarino quien evidenció que cerca del 20% de su población estudiada percibió algún tipo de ofensa frente al trato y el 3,2% de las mujeres no fue llamada por su nombre (80).

Por otra parte, la medicalización del parto, como la realización de intervenciones desagradables para la gestante, también se ha reportado como una forma de violencia obstétrica (68,85). En este estudio se evidenció la realización de procedimientos como rasurado de genitales y episiotomía al 20% de las gestantes que tuvieron su parto por vía vaginal, inferior a lo reportado por Iglesias et al en un estudio con 17.000 mujeres en España, quien identificó que el 38% de ellas tuvieron la percepción de haber sido sometidas a procedimientos que no necesitaban (8).

En relación con el tacto vaginal el 64% de las mujeres consideraron el procedimiento desagradable, 53% doloroso y 23% sintió que por lo menos uno, fue realizado bruscamente, lo que evidencia otra forma de maltrato, la violencia física, la cual ha sido reconocida por otros autores como la principal forma de violencia obstétrica (86,87). Las mujeres perciben como una violación de sus derechos el ser sometidas a repetidos exámenes vaginales por parte de diferentes profesionales, haciéndolas

sentir vulnerables, inseguras y culpables (86), en este estudio el 21% y 53% de las mujeres siempre sintió vergüenza y ansiedad respectivamente durante el procedimiento.

La falta de consentimiento y explicación del procedimiento se evidenció en algunas mujeres durante la realización del tacto vaginal, hallazgos observados también por Huranio et al, quien reportó que del total de puérperas, al 12,8% y al 7,6% no se les brindó información ni se les solicitó su consentimiento respectivamente (80), por su parte Iglesias et al encontró que el 45,8% de las mujeres mencionaron que el personal de salud no solicitaron su consentimiento informado antes de cada técnica realizada (8), negándoles a todas ellas la información acerca de sus opciones y el derecho a involucrarse en la toma de decisiones.

Finalmente, aunque, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas, clínicas y ginecobstétricas de la población estudiada y la violencia obstétrica, otros autores han identificado asociación entre ser gestante adolescente, ser mujer negra, el bajo nivel educativo, el estado civil soltera o separada, ingresos económicos bajos (44,47,64,88). Martinez et al, reportó la relación de la violencia psicoafectiva y la terminación del embarazo por parto instrumentado y cesárea tanto de urgencia como programada y la inducción del trabajo de parto como un factor de riesgo para la violencia de tipo verbal (86).

No obstante, basándose en estos resultados, se podría afirmar que, en las Instituciones de Salud del municipio de Pasto, la violencia obstétrica no está influenciada por las características sociales de las gestantes si no probablemente con el desconocimiento de esta forma de violencia de género por parte de todos los actores involucrados en la atención de la gestante y el empoderamiento de las mujeres frente a sus derechos en la atención del parto.

En cuanto a los actos de falta de respeto o abuso evidenciados, Wilde et al, resalta la obligación de enfocarse en la confianza y las necesidades emocionales de las mujeres orientando el trato tranquilo y paciente, fortaleciendo la atención humanizada, la cual debe ser una habilidad técnica inherente a la obstetricia (89).

Se encontró como limitante de este estudio no contar con un instrumento propio que permita considerar otras variables que podrían incrementar la explicación del fenómeno de violencia obstétrica en las instituciones de salud.

6 CONCLUSIONES

Se puede concluir que la violencia obstétrica es una violencia de género ya que contiene acciones que minimizan a las mujeres durante la atención del trabajo de parto y son cometidas por el sistema de salud, facilitadas por relaciones de poder y conductas deshumanizantes que violan los derechos de las gestantes a un trato digno, trayendo como consecuencia la pérdida de autonomía para decidir libremente sobre su sexualidad.

La falta de respeto y abuso en la atención del parto se manifestó a través de malos tratos, humillaciones y no proporcionando información sobre los tratamientos médicos.

Existe un desconocimiento en el reconocimiento de la violencia obstétrica por parte de las gestantes durante la atención del trabajo de parto, las mujeres en muchos casos no fueron capaces de darse cuenta de si sufrieron o no actos violentos, por lo que es necesario fortalecer la relación médico-paciente a través de la calidad de la atención y la comunicación desde el primer contacto en el control prenatal, informando a la gestante sobre sus derechos legales y empoderando a las gestantes en el autocuidado, emocional y físico.

El dolor estuvo presente en la mayoría de las mujeres durante la atención del trabajo de parto, el alivio del dolor podría contribuir con el aumento del bienestar físico y emocional.

Es pertinente individualizar cada parto y obrar en consecuencia de la fisiología del parto, las medidas de atención deberían acomodarse y adaptarse más a quien está pariendo, y menos a los requerimientos institucionales y profesionales.

Se requiere incluir la perspectiva del personal de salud frente al tema de violencia obstétrica para generar un cambio en la atención en las instituciones de salud. Es contradictorio que las mujeres sean consideradas más violentas que sus pares masculinos en la práctica obstétrica ya que estas podrías ser potencialmente víctimas cuando necesiten asistencia obstétrica.

Es prioritario que desde la gobernanza se visualice el fenómeno de violencia obstétrica en el departamento de Nariño y se promulguen estrategias de prevención y enfrentamiento del evento a través de la movilización social, la creación de leyes y políticas públicas para garantizar una asistencia obstétrica libre de violencia obstétrica.

7 REFERENCIAS

1. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. N° 38.668. Caracas (Venezuela). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela; 2007.
2. d'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*. 11 de mayo de 2002;359(9318):1681-5.
3. Wohlgemuth M. El parto. Un punto de vista antropológico sobre la violencia obstétrica [Tesis doctoral]. Universidad San Francisco de Quito; 2015.
4. Jojoa-Tobar E, Cuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Campo AMP, Suarez-Bravo JP, et al. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Rev Univ Ind Santander Salud*. junio de 2019;51(2):135-46.
5. Jojoa-Tobar E. Parto Humanizado: Intervención de la OCE en el marco de la Audiencia Pública de la Ley 063 del 2017 - Organización Colegial de Enfermería [Internet]. [citado 3 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.oceinfo.org.co/index.php/difusion/noticias/180-parto-humanizado-intervencion-de-la-oce-en-el-marco-de-la-audiencia-publica-de-la-ley-063-del-2017>
6. 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]. WHO. World Health Organization; 2014 [citado 6 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
7. Warren C, Njuki R, Abuya T, Ndwiga C, Mainigi G, Serwanga J, et al. Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. 24 de enero de 2013;13(1):21.
8. Iglesias S, Conde M, González S, Parada ME. ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *MUSAS Rev Investig En Mujer Salud Soc*. 31 de enero de 2019;4(1):77-97.
9. Figueroa-Palomino OE, Hurtado-Lagarda R, Valenzuela-Coronado DG, Bernal-Cruz JD, Duarte-Gutierrez CD, Cázares-González FA. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. *SANUS*. 2017;(3):14-21.
10. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. *Harv Sch Public Health Univ Res Corp*. 2010;57.
11. Instituto Departamental de Salud de Nariño. Análisis de la situación de salud del departamento de Nariño con el modelo de los determinantes sociales. ASIS 2019 [Internet]. Pasto, IDSN; 2019. Disponible en: https://www.idsn.gov.co/images/documentos/epidemiologia/asis/Departamento_Nari%C3%B1o_ASIS_2019.pdf
12. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe 2015. PNUD; 2015.

13. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
14. Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *The Lancet*. 18 de mayo de 2013;381(9879):1747-55.
15. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*. junio de 2015;12(6):e1001847; discussion e1001847.
16. Pereira C, Domínguez A, Toro J. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. junio de 2015;75(2):081-90.
17. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. enero de 2013 [citado 18 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868>
18. Villanueva Egan LA, Gutiérrez MA, Valdez Santiago R, Lezana Fernández MÁ. ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? *CONAMED*. 2016;21(1):6-25.
19. Camacaro M, Ramirez M, Lanza L, Herrera M. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía Prax Latinoam*. 2015;20(68):113-20.
20. Camacaro Cuevas M. La obstetricia develada: otra mirada desde el género. 1. ed. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo; 2010. 222 p. (Colección La sociedad y sus discursos).
21. Organización de los estados americanos. Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de DDHH [Internet]. [Citado 10 de febrero de 2017]. Washington D. C.: OEA; 2016. Disponible en: <http://cidh.org/women/saludmaterna10sp/saludmaternaindice.htm>
22. Casal-Moros N, Alemany-Anchel MJ. Violencia simbólica en la atención al parto. *Index Enferm*. 2014;23(1-2):61-4.
23. Organización de Naciones Unidas. Conferencias mundiales sobre la mujer [Internet]. Ciudad de México: ONU Mujeres. [citado 12 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>
24. Ministerio de Justicia y derechos Humanos. Ley Nacional N° 25.929. Parto Humanizado. Argentina Buenos Aires (Argentina). Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural; 2018.
25. Manning A, Schaaf M. Falta de Respeto y Abuso durante el Parto y Cuidado Materno Respetuoso [Internet]. Disponible en: https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Blog-39_Cuidado-Materno-Respetuoso-y-Responsabilidad-Social.pdf
26. Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*. 20 de septiembre de 2014;384(9948):e42-4.

27. Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwiga C, Warren CE, et al. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bull World Health Organ.* 1 de diciembre de 2014;92(12):915-7.
28. Castrillo B. Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sex Salud Soc Rio Jan.* (24):43-68.
29. Villanueva-Egan LA. El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un ginecobstetra. *CONAMED.* 2010;15(3):147-51.
30. Castro R. La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: *Género y Política en Salud.* México: SSA-UNIFEM; 2003. p. 255-73.
31. Bruyn M. La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. Un Estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción. [Internet]. Segunda. Carolina del Norte, Ipas: Chapel Hill; 2003. Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD43493.pdf>
32. Vallana Sala VV. Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá. [Internet] [Tesis maestría en Estudios Culturales]. [Bogotá]: Javeriana; 2016. Disponible en: <http://ram-wan.net/tesis/97.viviana-vallana.pdf>
33. Vallana Sala VV. «Es rico hacerlos, pero no tenerlos»: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Rev Cienc Salud.* diciembre de 2019;17(SPE):128-44.
34. Ehrenreich B, English D. Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras. Española. La Sal, Barcelona; 1981.
35. Machado MA. ¿Cómo parimos? De la violencia obstétrica al parto humanizado. [Montevideo (Uruguay)]: Universidad De La República; 2014.
36. Foucault M. La vida de los hombres infames. [Internet]. Caronte Ensayos. La Plata, Argentina: Altamira; Disponible en: <https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/01/doctrina29343.pdf>
37. Illich I. Némesis Médica. La expropiación de la salud [Internet]. España: Barral; 1975. Disponible en: <https://www.ivanillich.org.mx/Nemesis.pdf>
38. Vallana Sala VV. “La enfermedad normal”: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sex Salud Soc Rio Jan.* 18 de mayo de 2020;(34):90-107.
39. Castro Morato L. Audiencia Pública Proyecto de Ley Parto Humanizado Colombia [Internet]. [citado 3 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.facebook.com/Movsalsexrep/posts/671231959913168>
40. Mejía Merino CM, Faneyra Zapata L, Molina Berrio DP, Arango Urrea JD, Mejía Merino CM, Faneyra Zapata L, et al. Dehumanization during Delivery: Meanings and Experiences of Women Cared for in the Medellín Public Network. *Investig Educ En Enferm* [Internet]. abril de 2018 [citado 3 de abril de 2022];36(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-53072018000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
41. Fernández IO. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuad Med Psicosomática Psiquiatr Enlace.* 2014;(111):79-83.

42. Pintado-Cucarella S, Penagos-Corzo JC, Casas-Arellano MA. Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex.* 2015;83(3):173-8.
43. República de Colombia, Congreso Nacional, Cristancho Tarache JG, Acosta Lozano C, Reinales Agudelo JC. Informe de Ponencia Positiva para Segundo Debate del Proyecto de 063 de 2017 Cámara. *Gaceta del Congreso*; 2018.
44. Shrivastava S, Sivakami M. Evidence of 'obstetric violence' in India: an integrative review. *J Biosoc Sci.* julio de 2020;52(4):610-28.
45. Terán P, Castellanos C, González Blanco M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venezuela.* septiembre de 2013;73(3):171-80.
46. Kujawski SA, Freedman LP, Ramsey K, Mbaruku G, Mbuyita S, Moyo W, et al. Community and health system intervention to reduce disrespect and abuse during childbirth in Tanga Region, Tanzania: A comparative before-and-after study. Tomlinson M, editor. *PLOS Med.* 11 de julio de 2017;14(7):e1002341.
47. Lansky S, Souza KV de, Peixoto ER de M, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Ciênc Saúde Coletiva.* 5 de agosto de 2019;24:2811-24.
48. Kruk ME, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, Freedman LP. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy Plan.* 1 de enero de 2018;33(1):e26-33.
49. Misago C, Kendall C, Freitas P, Haneda K, Silveira D, Onuki D, et al. From 'culture of dehumanization of childbirth' to 'childbirth as a transformative experience': changes in five municipalities in north-east Brazil. *Int J Gynecol Obstet.* 75(S1):S67-72.
50. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 16 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
51. Ministerio de Salud y Protección Social. Rutas integrales de atención en salud (RIAS). Resolución 3280 [Internet]. 2018 [citado 9 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>
52. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo de Atención Integral en Salud. Resolución 3202. República de Colombia; 2016.
53. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular No.0016 de 2017. Fortalecimiento de acciones que garanticen la atención segura, digna y adecuada de las maternas en el territorio nacional. [Internet]. [citado 9 de agosto de 2018]. Disponible en: http://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=4787
54. Jolivet R. Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women (Full charter) [Internet]. [citado 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?ID=publications&get=pubID&pubID=46>

55. Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [Internet]. OHCHR. [citado 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
56. Lamy M, Souza LP de, Souza KRR de, Akaoui FRV. O direito da parturiente ao acompanhante durante o parto: previsão legal nos países do Caribe e da América Latina | Revista de Direito Sanitário. 11 de marzo de 2022 [citado 28 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/160452>
57. Díaz García LI, Fernández M. Y, Díaz García LI, Fernández M. Y. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. Rev Derecho Valparaíso. diciembre de 2018;(51):123-43.
58. Asamblea Nacional de Ecuador. Proyecto de Ley Orgánica de Parto Humanizado [Internet]. 2016. Disponible en: <http://ppless.asambleanacional.gob.ec/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/95e34cc0-0224-42b2-913b-94ffc24fa03d/Proyecto%20de%20Ley%20Org%25E1nica%20de%20Parto%20Humanizado%20Tr.%20242005>
59. Congreso de la República. Proyecto de Ley 1158/2011-CR [Internet]. 2014. Disponible en: [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/comisiones/2014/com2014salud.nsf/0/0d3b4d69d8bcc4b505257e270057ad6e/\\$FILE/proy_de_dict_1158_Parto_Humanizado.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/comisiones/2014/com2014salud.nsf/0/0d3b4d69d8bcc4b505257e270057ad6e/$FILE/proy_de_dict_1158_Parto_Humanizado.pdf)
60. Rojas González CL. Ley de Parto Humanizado [Internet]. [citado 3 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.camara.gov.co>
61. Blel Scaff NG. Proyecto de Ley 147 de 2017 [Internet]. Congreso Visible. [citado 3 de abril de 2022]. Disponible en: <https://congresovisible.uniandes.edu.co>
62. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet]. Colombia; 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
63. Pinto Bustamante BJ, Gulfo Díaz R. Asentimiento y consentimiento informado en pediatría: aspectos bioéticos y jurídicos en el contexto colombiano. Rev Colomb Bioét. 18 de noviembre de 2015;8(1):144.
64. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 29 de noviembre de 2018 [citado 6 de junio de 2021];26. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rMwtPwWKQbVSszWSjHh45Vq/?lang=en>
65. Vega G, Hidalgo D, Toro Merlo J. Violencia basada en género desde la perspectiva médica. Rev Obstet Ginecol Venezuela. junio de 2011;71(2):88-97.
66. Gonçalves da Silva M, Carreira Marcelino MC, Pinheiro Rodrigues LS, Carcaman Toro R, Kakuda Shimo AK. Obstetric violence according to obstetric nurses. Rev Rene [Internet]. 20 de agosto de 2014 [citado 12 de julio de 2021];15(4). Disponible en: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4920>

67. Ceballos-Vasquez PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Cienc Enferm. 2010;16(1):31-5.
68. Gonzalez-Zabaleta JA, Suarez-Caro GA. Violencia obstétrica por parte del personal de salud revisión sistemática 2000 - 2016 [Internet] [Trabajo de pregrado]. [Sede Bogotá Facultad de Medicina Instituto de Salud Pública.]: Universidad Nacional de Colombia; 2017 [citado 22 de julio de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/76147>
69. Muñoz-Zapata DE, Marín-Ochoa BE, Ariza-Sosa GR. Maternidades contemporáneas: tribus digitales e interacciones con las instituciones de salud. Interface - Comun Saúde Educ [Internet]. 8 de enero de 2021 [citado 22 de julio de 2021];25. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/icse/a/tnQ5X5BjV43y9qDLCVgQGmz/?lang=es&format=html>
70. Zavala-Soto JO, Tapia-Fonllem CO. Atenciones recibidas y satisfacción hospitalaria desde la percepción de ser madre: componentes de una atención (humanizada) a la mujer en parto con base en la evidencia [Internet] [Tesis doctoral]. [México]: Universidad de Sonora; 2017. Disponible en: <http://repositorioinstitucional.uson.mx/handle/unison/278>
71. Garcia-Alonso EM. Evolución del nacimiento por cesárea: El caso de México. Dilemata. 2015;(18):27-43.
72. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 13 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
73. Cunha A de A. Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. Femina. 2010;599-606.
74. May AE, Elton CD. 6 The effects of pain and its management on mother and fetus. Baillières Clin Obstet Gynaecol. 1 de septiembre de 1998;12(3):423-41.
75. Melzack R. The myth of painless childbirth (The John J. Bonica Lecture). Pain. 1 de agosto de 1984;19(4):321-37.
76. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Analgesia del parto. Prog Obstet Ginecol. 1 de junio de 2008;51(6):374-83.
77. Meijer M, Brandão T, Cañadas S, Falcon K. Components of obstetric violence in health facilities in Quito, Ecuador: A descriptive study on information, accompaniment, and position during childbirth. Int J Gynecol Obstet. 2020;148(3):355-60.
78. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3218 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación [Internet]. 2018. Disponible en: https://procex.co/archivos/normatividad/Resoluci%C3%B3n_No_3280_de_2018.pdf
79. Figueroa-León AM, León Chávez IG. Trabajo de parto humanizado, importancia del acompañamiento para prevenir la violencia obstétrica en el Hospital Nicolás Cotto Infante de Vinces, Los Ríos, enero – junio 2019. [Internet] [Previo a la

- obtención del título obstetra]. [Ecuador]: Universidad Técnica de Babahoyo; 2020 [citado 25 de julio de 2021]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8080>
80. Huarino-Suca SL, Choque-Chura O. Violencia obstétrica en mujeres atendidas en un hospital público. *Rev Médica Basadrina*. 31 de agosto de 2021;15(3):3-10.
 81. Camacaro-Cuevas M. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica. *Rev Venez Estud Mujer*. junio de 2009;14(32):147-62.
 82. Ochoa Fletes CA, Banegas Ávila CA, Turcios Hernández Y, Rodríguez Moncada ME, Linares Mendoza RE. Caracterización de mujeres en trabajo de parto a las que se les aplicó Maniobra Kristeller. *Rev Cienc Forenses Honduras*. 11 de junio de 2021;7(1):15-22.
 83. Olivares-Medina I. Parirás con dolor y más, una aproximación sociológica a la violencia obstétrica y ginecológica. 13 de junio de 2020 [citado 23 de julio de 2021]; Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/28780>
 84. da-Silva-Carvalho I, Santana-Brito R. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enferm Glob*. 2017;16(47):71-97.
 85. López AJ, Fernández-Velasco R, Garrido-Hernansaiz H. La violencia obstétrica como factor de riesgo para la formación del vínculo y el apego materno-infantil: una revisión sistemática. *Psicosomàtica Psiquiatr* [Internet]. 15 de septiembre de 2021 [citado 16 de octubre de 2021];(18). Disponible en: <https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/392161>
 86. Martínez-Galiano JM, Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women Birth* [Internet]. 17 de octubre de 2020 [citado 25 de julio de 2021]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519220303590>
 87. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. El parto como yo lo veo o como lo quiero ... Expectativas de las embarazadas que utilizan el SUS sobre el parto y la atención obstétrica. *Cad Saude Publica Rev En Línea* [Internet]. 2002; Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hsgDPkmH7n3d4BHQB69Tk3H/?lang=pt&format=pdf>
 88. Leal M do C, Gama SGN da, Cunha CB da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. enero de 2005;39:100-7.
 89. Wilde-Larsson B, Sandin-Bojö AK, Starrin B, Larsson G. Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartum care: a nationwide Swedish cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2011;20(7-8):1168-77.

Anexo A. Tabla de operacionalización de variables

NOMBRE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN O CATEGORIA
Edad	Edad en años cumplidos	Cuantitativa de razón continua	Edad en años cumplidos
Área de residencia	Lugar donde la mujer permanece continua o discontinuamente por más de 183 días calendario.	Cualitativa nominal, politómica	1. Cabecera municipal 2. Centro poblado 3. Rural disperso
Escolaridad	Escolaridad de la mujer	Cualitativa ordinal, politómica	1. Ninguno 2. Primaria 3. Bachiller 4. Técnica o Tecnóloga 5. Universitaria
Pertenencia étnica	Patrimonio cultural compartido por un grupo de personas, se diligencia con base a lo que la mujer manifiesta, mas no a la percepción del encuestador.	Cualitativa nominal, politómica	1. Indígena 2. Negra, mulata, afrocolombiana 3. Blanca, mestiza
Estado Civil	Condición social de la mujer según si tiene o no pareja.	Cualitativa nominal, politómica	1. Con pareja 2. Soltera
Actividad laboral en la última semana	Actividad que desempeño la última semana	Cualitativa, nominal, politómica	1. Trabajo 2. Tenía trabajo, pero no trabajó 3. Estudiante 4. Ama de casa 5. Incapacitada para trabajar 6. No trabaja
Régimen de salud	Tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia	Cualitativa nominal, politómica	1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Excepción 4. No afiliado
Religión	Religión que profesa la mujer	Cualitativa nominal, politómica	1. Católica 2. Cristiana 3. Evangélica 4. Ninguna

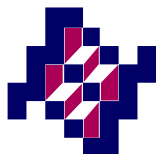
NOMBRE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN O CATEGORIA
Antecedente de fecundidad	Antecedentes ginecobstétricos	Cualitativa ordinal, politómica	1. Primigestante 2. 2 a 4 embarazos 3. Gran multíparas
Controles durante el embarazo	Realizó controles prenatales	Cualitativa nominal, dicotómica	1. Si 2. No
Clasificación del embarazo	Clasificación del embarazo realizado por el profesional de salud	Cualitativa ordinal, dicotómica	1. Bajo riesgo 2. Alto riesgo
Tipo de parto	Tipo de parto de la gestante	Cualitativa nominal, politómica	1. Natural 2. Cesárea 3. Cesárea programada
Duración del trabajo de parto	Duración del trabajo de parto	Cualitativa ordinal, politómica	1. No tuvo trabajo de parto 2. 0 a 5 horas 3. 6 a 10 horas 4. 11 horas o más
Sintió mucho dolor	Percepción del dolor durante el trabajo de parto	Cualitativa nominal, dicotómica	1. Si 2. No
Momento de dolor	Momento en que sintió más dolor durante el parto	Cualitativa nominal, politómica	1. Fase activa 2. Con la administración de oxitocina 3. Periodo expulsivo 4. Durante todo el trabajo de parto
Personal maltratador	Percepción de quien fue el personal maltratador	Cualitativa nominal, politómica	1. Médica 2. Médico 3. Enfermera 4. Enfermero 5. Otro
Se le informó que NO podía estar acompañada por alguien de su confianza	Forma de violencia obstétrica	Cualitativa nominal, dicotómica	1. Si 2. No

NOMBRE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN O CATEGORIA
Se le permitió caminar o buscar posiciones según sus necesidades	Forma de violencia obstétrica	Cualitativa nominal, dicotómica	1. Si 2. No
Se le realizó maniobra de Kristeller	Realización de presión sobre el abdomen con ambas manos o con el antebrazo. Forma de violencia obstétrica	Cualitativa nominal, dicotómica	1. Si 2. No
Se le dijo que no gritara	Forma de violencia obstétrica	Cualitativa nominal, dicotómica	1. Si 2. No
Se le dijo que no llorara	Forma de violencia obstétrica	Cualitativa nominal, dicotómica	1. Si 2. No
Justificación de la violencia por parte de la madre	Forma de violencia obstétrica	Cualitativa nominal, dicotómica	1. Si 2. No
Le dijeron que era una molestia	Forma de violencia obstétrica	Cualitativa nominal, dicotómica	1. Si 2. No
Alguien la ofendió	Forma de violencia obstétrica	Cualitativa nominal, dicotómica	1. Si 2. No
Alguien le puso un sobrenombre	Forma de violencia obstétrica	Cualitativa nominal, dicotómica	1. Si 2. No
Rasurado de genitales	Procedimiento médico en el parto vaginal, considerado una forma de violencia obstétrica	Cualitativa nominal, dicotómica	1. Si 2. No
Episiotomía	Procedimiento médico en el parto vaginal, considerado una forma de violencia obstétrica	Cualitativa nominal, dicotómica	1. Si 2. No
Tacto vaginal con consentimiento	Forma de violencia obstétrica	Cualitativa nominal, dicotómica	1. Si 2. No

NOMBRE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN O CATEGORIA
Tacto vaginal con explicación	Forma de violencia obstétrica	Cualitativa nominal, dicotómica	1. Si 2. No
Violencia obstétrica	Violación de los derechos humanos durante la atención del parto	Cualitativa nominal, dicotómica	1. Si 2. No

Anexo B. Instrumento de recolección de la información

FOLIO: [][][][]



INSTITUTO NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA

CUESTIONARIO PARA MUJERES EN PERIODO POST-PARTO INMEDIATO EN UNIDADES DE SALUD

FECHA DE APLICACIÓN [][]/[][]/[][][][]

día mes año

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD:

ANOTE EL CÓDIGO []

- Insitución de Salud N°1 (1)
- Insitución de Salud N°2 (2)
- Insitución de Salud N°3 (3)
- Insitución de Salud N°4 (4)
- Insitución de Salud N°5..... (5)
- Insitución de Salud N°6 (6)

FECHA DE NACIMIENTO[][]/[][]/[][][][]

día mes año

CUANTOS AÑOS TIENE [][]

PARTO NORMAL_____1

CESAREA_____2

[]

EMBARAZO NORMAL_ _____1

ALTO RIESGO_____2

[]

DATOS DE LA PARTICIPANTE			
1 ¿Cuál es el último año o grado que pasó (aprobó en la escuela)?	Ninguno..... Primaria..... Bachiller Técnica o Tecnóloga Estudios universitarios..... NO SABE.....	1 2 3 4 5 77	[]
2 ¿Qué religión practica?	Católica..... Cristiana..... Evangélica..... Testigo de Jehová..... Pentecostal..... Otra (especifique) Ninguna.....	1 2 3 4 5 6 7	[]
3 ¿Con qué pertenencia étnica se identifica?	Indígena..... Gitana..... Negra, mulata, afrocolombiana Otro	1 2 3 4	[]
SI CONTESTO INDÍGENA EN LA PREGUNTA 3 4. ¿A qué pueblo indígena pertenece...	Pasto Quillasinga Awa Eperara – Siapidara Cofan Nasa Inga NO RESPONDE.....	1 2 3 4 5 6 7 99	[]
ESTADO CIVIL 5. ¿Actualmente Usted está... LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA	Separada – divorciada viuda?..... viviendo con su pareja en unión libre?..... casada (por el civil, religiosamente o ambas)?..... soltera..... NO RESPONDE.....	1 2 3 4 5 99	[]
ACTIVIDAD LABORAL 6. ¿La semana pasada usted... LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA	trabajó?..... tenía trabajo, pero no trabajó?..... buscó trabajo?..... es estudiante?..... se dedica a los quehaceres del hogar?..... es jubilada o pensionada?..... está incapacitada permanentemente para trabajar?..... No trabaja... NO SABE..... NO RESPONDE.....	1 2 3 4 5 6 7 8 77 99	PASE A LA PREGUNTA 8

7. ¿En su trabajo o actividad de la semana pasada, usted fue... LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA	empleada u obrera?..... jornalera o peona?..... trabaja por cuenta propia?..... trabaja en casa?..... trabajo sin pago en el negocio familiar?..... ama de casa?..... Otro _____ Especifique NO SABE..... NO RESPONDE.....	1 2 3 4 5 6 7 77 99	[]
8. ¿Cuál es su régimen de salud ...	Subsidiado..... Contributivo Especial Excepción No afiliado A qué EPS está afiliado? _____ (especifique)	1 2 3 4 5	[]
FECUNDIDAD			
En seguida le haré algunas preguntas sobre posibles embarazos			
9. ¿Es este su primer embarazo? (no olvide contar abortos y los nacido vivos o muertos)	Si..... No..... No Responde.....	1 2 99	PASE A LA PREGUNTA 14 [][]
10. En total ¿Cuántos embarazos ha tenido usted (no olvide contar embarazo actual, los abortos y los nacidos vivos o muertos)?	[][] Número		[][] Número
11. ¿De esos embarazos cuántos han ... VERIFIQUE QUE LA SUMA DE ESTAS PREGUNTAS COINCIDA CON LA RESPUESTA DE LA PREGUNTA ANTERIOR	nacidos vivos?..... [][] nacidos vivos que hayan fallecido antes de cumplir 5 años de edad?..... [][] nacidos muertos?..... [][] abortos?..... [][]		[][] [][] [][] [][]
12. ¿Cuántos años tenía cuando se embarazó por primera vez?	[][] Años		[][]

EMBARAZO Y PARTO ACTUAL		
Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el parto/cesárea que se acaba de atender		
13. ¿Durante este embarazo alguien la revisó?	Sí..... No.....	1 2 [] [] PASE A LA PREGUNTA 17
14. ¿Quién la revisó? MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN	Médico..... Enfermera..... Partera..... Otro (especifique).....	1 2 3 4 [] [] [] []
15. ¿En dónde llevó el control prenatal? PUEDE MARCAR MAS DE UNA OPCIÓN	Partera..... Centro Salud (Médico general) Hospital (Ginecólogo) Consultorio privado..... Otro (especifique).....	1 2 3 4 5 [] [] [] [] []
17. ¿El parto fue?	Natural..... Cesárea..... Cesárea programada.....	1 2 3 [] [] PASE A LA PREGUNTA 20
18. ¿Cuánto duró su trabajo de parto?	No tuvo trabajo de parto..... 0-5 horas..... 6-10 horas..... 11 horas >.....	1 2 3 4 []
19 ¿Sintió mucho dolor durante todo el proceso?	Sí..... No Explore: En qué momento _____ _____ _____	1 2 [] []
20 ¿Se sintió maltratada por el personal de salud? PUEDE MARCAR MAS DE UNA OPCIÓN	Si..... No..... ¿Por quién? Médica.....	1 2 [] []

	Médico..... Enfermera..... Enfermero..... Otro(especificar) : _____	2 3 4 5	 	
21. En este último parto ¿alguien del personal que la atendió le dijo LEA TODAS LAS OPCIONES	Que no gritara..... Que no llorara ni se quejara por el dolor..... Que era una molestia La insultó (p.e que no se quejó mientras estaba haciendo al bebe) Le dijo algún tipo de ofensa (p.e. que era tonta, que no sabía pujar) Especificar : _____ Le dijo algún sobrenombre (pe. Gorda, gordita-mamita-hijita)... Especificar: _____ OTRA _____ NINGUNA.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9	 	
22. En este último parto ¿alguien del personal que la atendió le LEA TODAS LAS OPCIONES	Dio nalgadas..... Dio golpes en las piernas..... Amarró las piernas..... Hizo presión sobre el abdomen con ambas manos o con el antebrazo..... OTRA _____ _____ _____ NINGUNA.....	1 2 3 4 5 6	 	
23 ¿Se le permitió caminar o buscar posiciones según sus necesidades?	Si..... No.....	1 2	 	
24 ¿Se le informó que no podía estar acompañada por alguien de su confianza, en el trabajo de parto o al momento del nacimiento de su bebé?	Si..... No.....	1 2	 	
Ahora le voy a preguntar sobre algunos procedimientos				
LEA CADA UNA DE LAS OPCIONES SI PARA CUALQUIERA DE LAS OPCIONES DE LA PREGUNTA 25 LA RESPUESTA ES “No” [2], SALTE LAS PREGUNTAS 26 Y 27 Y PASE A LA OPCIÓN QUE SIGUE ENTREVISTADORA, SI SE TRATA DE UNA CESÁREA POR FAVOR NO PREGUNTE	25. ¿Se le realizó algún procedimiento como....? Sí No Rasurado de genitales [1] [2] Lavado o enema [1] [2] Episiotomía o corte [1] [2]	26. ¿Se le pidió su consentimiento? Sí No [1] [2] [1] [2] [1] [2]	27. ¿Le explicaron por qué era necesario ? Sí No [1] [2] [1] [2] [1] [2]	

LAS OPCIONES DE EPISIOTOMIA, AMNIOTOMÍA	Una amniotomía (rotura de fuente)	[1] [2]	[1] [2]	[1] [2]	[] [] []			
	Usaron una sonda para que hiciera pipi	[1] [2]	[1] [2]	[1] [2]	[] [] []			
	Le aplicaron medicamento para agilizar su trabajo de parto (oxitocina)?	[1] [2]	[1] [2]	[1] [2]	[] [] []			
	Tacto vaginal	[1] [2]	[1] [2]	[1] [2]	[] [] []			
28 ¿Usted podría recordar cuántos tactos le hicieron durante el trabajo de parto?	[] []			[] []				
A continuación voy a leerle una serie de enunciados que tienen que ver con el tacto vaginal, a cada enunciado le pido por favor que me diga si es siempre, varias veces, a veces y nunca								
Enunciado					S	VV	AV	N
a. El médico le dio información excelente acerca del tacto vaginal								
b. Siempre podía rechazar un tacto vaginal								
c. El médico siempre le pidió permiso para la realización de un tacto vaginal.								
d. El tacto vaginal fue siempre hecho con gran cuidado								
e. La razón del tacto vaginal fue adecuadamente discutida								
f. Los tactos vaginales fueron hechos con respeto								
g. Siempre daba mi consentimiento antes que el tacto fuera realizado								
h. Siempre se sintió apoyada durante el tacto vaginal								
i. La privacidad fue siempre mantenida durante los tactos vaginales								
j. Los tactos vaginales le causaban gran vergüenza								
k. Durante cada tacto le informaron qué estaba sucediendo								
l. Los tactos vaginales fueron desagradables								
m. Pensando en su trabajo de parto, le realizaron muchos tactos vaginales								
n. La realización de un tacto vaginal le causa gran ansiedad								
o. Los tactos vaginales fueron mucho más desagradables de lo que había imaginado								
p. Encontró los tactos vaginales dolorosos								
q. Hubiera deseado que el médico le hubiera explicado mejor acerca del tacto vaginal								
r. La información recibida del tacto vaginal fue tranquilizadora								
s. La información recibida del tacto vaginal le causó ansiedad								
t. Sintió que el tacto vaginal fue bruscamente hecho algunas veces								

29 ¿Se le permitió el contacto inmediato con su hijo/a antes de que se lo llevaran para revisarlo?	Sí..... No.....	1 2	[]
--	--------------------	--------	-----

¡POR SU ATENCIÓN MUCHAS GRACIAS!

Anexo C. Autorización para adaptación del cuestionario para mujeres en periodo post-parto inmediato en unidades de salud del instituto nacional de salud pública de México



Maria del Rosario Valdez Santiago <rosario.valdez@insp.mx>
para mí ▾

15 ago. 2018 12:28



Estimada Natalia,

He recibido tu carta de solicitud, sólo te pido que incluyas el membrete de tu universidad, para darle formalidad.

Saludos y quedo atenta

Dra. Rosario Valdez Santiago

Directora

Centro Colaborador OMS/OPS en Investigación en lesiones y violencia

Instituto Nacional de Salud Pública

52 777 102 2991



Maria del Rosario Valdez Santiago <rosario.valdez@insp.mx>
para mí ▾

16 ago. 2018 14:17



Gracias Natalia, acuso de recibido.

Quedo atenta a cualquier información o duda en la aplicación del cuestionario.

Saludos cordiales

Generando conocimiento para las políticas públicas

Dra. Rosario Valdez Santiago

Directora Centro Colaborador OMS/OPS en Investigación en Lesiones y Violencia

Instituto Nacional de Salud Pública - National Institute of Public Health

+52 (777) 329 30 00 ext. 5326

<http://www.insp.mx/centros/sistemas-de-salud.html>

Av. Universidad 655

Col. Santa María Ahuacatlán

Anexo D. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE NARIÑO MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

ESTUDIO: FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES DEL
DEPARTAMENTO DE NARIÑO ATENDIDAS EN LAS IPS DEL MUNICIPIO DE PASTO.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ mayor de edad, identificada con cc No _____ de _____, actuando en nombre propio, libre, espontáneamente y sin presiones indebidas:

DECLARO

Que he recibido toda la información clara y concreta en forma oral y escrita, por parte de Natalia María Muñoz Guerrero, el día ____ del mes de _____ del año _____, sobre el trabajo de investigación: “Factores asociados a violencia obstétrica en mujeres del departamento de Nariño atendidas en las IPS del municipio de Pasto.” que realizará a su cargo, en representación de la Universidad de Nariño y el Instituto Departamental de Salud de Nariño con el objetivo de conocer la frecuencia de la falta de respeto que sufren las mujeres durante el trabajo de parto y la atención del parto en las Instituciones Prestadoras de Salud.

Me han advertido que, en el proceso de investigación, en ningún momento se hará público mi nombre y/o documento de identificación, salvaguardando la confidencialidad de la información suministrada y mi privacidad, como tampoco saldrán a la luz pública hechos relacionados que puedan identificarme y sobre los cuales se guardarán siempre y en todo el estudio, todas las reservas y discrecionalidades correspondientes.

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del estudio aludido en el que se incluirá un total de 316 mujeres y de las posibles implicaciones que podría tener, especialmente que no corro ningún riesgo. He podido preguntar mis inquietudes al respecto y he recibido las respuestas y explicaciones en forma satisfactoria. También se me ha informado de mi derecho a participar voluntariamente en la investigación y la posibilidad de retirarme sin ningún tipo de consecuencias. Se me ha informado que en caso de dudas, explicaciones adicionales o inconformidades de mi parte frente al estudio puedo comunicarme con el investigador principal Natalia María Muñoz Guerrero al teléfono 3104902982.

He sido interrogada sobre la aceptación o no, de esta autorización para este estudio, por lo tanto:

AUTORIZO:

Para que la autora del proyecto Natalia María Muñoz Guerrero me realice la aplicación de un cuestionario de 29 preguntas de opción múltiple que se solicita en la información que previamente se ha entregado y que se anexa a este consentimiento. Esta autorización se concede por el término de 12 meses a partir del día de la firma del presente consentimiento.

El grupo investigador se compromete a informarme de los resultados globales o parciales de la investigación, y/o de los que de manera positiva o negativa puedan influenciar en mi estado social o de salud.

En constancia, se firma el presente documento, en dos copias, una para el investigador y otra para el investigado, en Pasto, a los _____ días del mes de _____ del año _____

Nombre del participante

Firma y cédula del participante

Nombre del investigador

Firma y cédula del investigador

Nombre del testigo

Firma y cédula del testigo.

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

ESTUDIO: FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES DEL
DEPARTAMENTO DE NARIÑO ATENDIDAS EN LAS IPS DEL MUNICIPIO DE PASTO.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MENOR ADULTO (MAYOR DE 14
AÑOS – MENOR DE 18 AÑOS)

Yo, _____ mayor de edad, identificado(a) con cc
No _____ de _____ actuando en nombre de
_____, identificada con TI No
_____ de _____, como representante legal, en calidad de
padre, o madre, o tutor:

DECLARO

Que he recibido toda la información clara y concreta en forma oral y escrita, por parte de Natalia María Muñoz Guerrero, el día ____ del mes de _____ del año _____, sobre el trabajo de investigación: “Factores asociados a violencia obstétrica en mujeres del departamento de Nariño atendidas en las IPS del municipio de Pasto.” que realizará a su cargo, en representación de la Universidad de Nariño y el Instituto Departamental de Salud de Nariño con el objetivo de conocer la frecuencia de la falta de respeto que sufren las mujeres durante el trabajo de parto y la atención del parto en las Instituciones Prestadoras de Salud.

Me han advertido que, en el proceso de investigación, en ningún momento se hará público mi nombre y/o documento de identificación, salvaguardando la confidencialidad de la información suministrada y mi privacidad, como tampoco saldrán a la luz pública hechos relacionados que puedan identificarme y sobre los cuales se guardarán siempre y en todo el estudio, todas las reservas y discrecionalidades correspondientes.

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del estudio aludido en el que se incluirá un total de 316 mujeres y de las posibles implicaciones que podría tener, especialmente que no corro ningún riesgo. He podido preguntar mis inquietudes al respecto y he recibido las respuestas y explicaciones en forma satisfactoria. También se me ha informado de mi derecho a participar voluntariamente en la investigación y la posibilidad de retirarme sin ningún tipo de consecuencias. Se me ha informado que en caso de dudas, explicaciones adicionales o inconformidades de mi parte frente al estudio puedo comunicarme con el investigador principal Natalia María Muñoz Guerrero al teléfono 3104902982.

He sido interrogada sobre la aceptación o no, de esta autorización para este estudio, por lo tanto:

AUTORIZO:

Para que la autora del proyecto Natalia María Muñoz Guerrero realice la aplicación de un cuestionario de 29 preguntas de opción múltiple a _____, identificada con TI N° _____ que se solicita en la información que previamente se le ha entregado y que se anexa a este consentimiento. Esta autorización se concede por el término de 12 meses a partir del día de la firma del presente consentimiento.

El grupo investigador se compromete a informar los resultados globales o parciales de la investigación, y/o de los que de manera positiva o negativa puedan influenciar en el estado social o de salud.

En constancia, se firma el presente documento, en dos copias, una para el investigador y otra para el investigado, en Pasto, a los _____ días del mes de _____ del año _____

Nombre del participante

Firma y documento del participante

Nombre del investigador

Firma y cédula del investigador

Nombre de la madre, padre o tutor

Firma y cédula del testigo.