

# CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS MUJERES CON EXPERIENCIA RECIENTE DE PARTO, EN UNA POBLACIÓN DE BUCARAMANGA



## AUTORES

**Diana María Álvarez Vega**  
**Luis Alfredo Espinosa Mejía**

### Directora

Dra. Eliana Maribel Quintero Roa.  
Ginecóloga y Obstetra  
Directora del Posgrado de Ginecología y  
Obstetricia UNAB.

### Codirectora

Dra. Claudia Milena Hormíga Sanchez

### Asesora metodológica

Dra. Yeny Zulay Castellanos Domínguez



# DEFINICIÓN VIOLENCIA OBSTÉTRICA

“Violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención del parto”

# MAGNITUD DEL PROBLEMA



# ANTECEDENTES

**Distrito de Varanasi  
INDIA.** prevalencias  
VO, 28%, abuso verbal  
(19,3%)

Negligencia y  
abandono: 8,5%  
Abuso físico: 13,4%

**Quito, Ecuador.** Thais  
Brandão & Kirsten:  
Diversas formas de  
VO, 51,7% episiotomía  
sin consentimiento,

19,4% maniobra de  
Kristeller, 50,5% no se  
les permitió participar  
en el apego temprano.

# ANTECEDENTES

**En Colombia,**  
*Juan Arango*  
Medellín para el año 2015-2016

“El personal asistencial presenta una riqueza de significados y experiencias entorno a las relaciones que establece con las madres durante su proceso de parto, influyendo en la humanización o deshumanización de dicho proceso”.

*Jojoa Tobar E*  
Popayán, FAMI del ICBF durante el primer trimestre de 2016.

El 69% de las 23 entrevistas reportó alguna forma de violencia obstétrica, siendo predominante la violencia institucional y psicológica

- Arango Urrea JD. Significados del personal asistencial en el proceso del parto, sobre las relaciones establecidas con las madres durante la atención, en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín para el año 2015 – 2016. Vol. 6, Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia; 2017.
- Jojoa Tobar E et al. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. Rev la Univ Ind Santander Salud. 2019;51(2):136–47.

# Preguntas y enfoque de la investigación

# Enfoque de la investigación: método mixto

**Diseño explicativo** mediante la aplicación secuencial del diseño cuantitativo y cualitativo, se realiza un proceso de triangulación en el que se integran los resultados de cada diseño.

¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a violencia obstétrica en el parto?

¿Cuáles son las percepciones de las mujeres con experiencia reciente de trabajo de parto, parto y/o cesárea de urgencia y primeras horas del puerperio sobre la atención institucionalizada y su relación con el personal sanitario que le atendió durante ese evento?.

**CUANTITATIVO**  
Recolección de datos y análisis secuencial 2019-2021



**CUANTITATIVO**

Caracterizar y explorar los tipos de violencia obstétrica

**CUALITATIVO**

Datos, análisis e interpretación, de la experiencia del parto.

**Triangulación:**  
Interpretación global del estudio

2021



# OBJETIVOS



# OBJETIVO GENERAL

Caracterizar las experiencias de violencia obstétrica durante el trabajo de parto, parto y/o cesárea de urgencia y primeras horas del puerperio, desde la perspectiva de las mujeres.

# Objetivos cuantitativos específicos

1. Estimar la prevalencia de violencia obstétrica percibida por una población de mujeres residentes en Bucaramanga con experiencia reciente de parto.
2. Describir la tipología de la violencia obstétrica y su relación con características sociodemográficas y los niveles de atención hospitalaria.
3. Determinar los factores sociodemográficos (edad, escolaridad, estado civil, condición de afiliación al sistema general de seguridad social en salud) y gineco obstétricos asociados a violencia obstétrica

# Objetivos cualitativos específicos

1. Caracterizar las experiencias de parto y violencia obstétrica desde la perspectiva de las mujeres.
2. Indagar el significado social del parto, su atención institucionalizada y la relación de las mujeres en trabajo de parto con el personal sanitario desde la perspectiva de las mujeres.

# CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Ser mujer mayor de edad, con experiencia de atención de su trabajo de parto, parto, y/o cesárea de urgencia, y primeras horas del puerperio en el ámbito de una Institución Prestadora de Salud en el año previo a la realización de la encuesta.

Residencia habitual en el área de influencia de la comuna 5 del municipio Bucaramanga (al menos los últimos 6 meses).

Madres que tengan un recién nacido / lactante, sano, menor de 1 año, producto de su último parto / cesárea de urgencia.

# CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Ser extranjera

Persona que por sus características particulares pueda ser considerada víctima del conflicto interno del país.

Participante que haya tenido o tenga diagnóstico de trastornos psiquiátricos, esquizofrenia no controlada, trastorno afectivo bipolar (TAB) o que haya cursado o cursen con depresión posparto.

Participante con limitaciones cognitivas o mentales que le impidan comprender el objetivo del proyecto y participar libremente.

Embarazo o sospecha de embarazo al momento de invitarle a participar en el proyecto.

# INSTRUMENTO: 7 DOMINIOS VO



**Formato de captación de datos de estudio de investigación médica:**  
**“Caracterización de la violencia obstétrica (V.O) desde la perspectiva de las mujeres con experiencia reciente de parto en una población de Bucaramanga.”**  
**Grupo Estudio Genético de Enfermedades Complejas**

--	--	--

Consecutivo \_\_\_\_\_ Correspondiente con el consecutivo consentimiento informado.

Agradecemos su participación en esta investigación. Los resultados permitirán conocer con qué frecuencia las mujeres de Bucaramanga que tienen sus hijos en las instituciones de salud enfrentan situaciones violentas durante el parto.

Lectura y firma del consentimiento informado: Si \_\_\_ No \_\_\_

Para facilitar su comprensión a continuación hacemos las siguientes definiciones:

**El término Violencia obstétrica:**

Es una falta de respeto y trato indigno hacia la mujer por parte del personal sanitario durante la atención de cuestiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva.

El término personal sanitario está definido por la organización mundial de la salud como todas aquellas personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud

## 1. Restricciones del sistema de salud

## 2. Comunicación y relación entre el personal sanitario y la paciente

## 3. Incumplimiento de las normas profesionales de atención médica

## 4. Abuso verbal

## 5. Abuso físico

## 6. Estigma y discriminación

## 7. Abuso sexual

Características socio-demográficas y antecedentes gineco-obstétricos	
1. Edad en años cumplidos	
2. Estado civil	Soltera ( ) Casada ( ) Unión Libre ( ) Separada ( ) Viuda ( )
3. ¿Se identifica Ud. con alguna etnia?	Indígena ( ) ROM Gitano ( ) Raizal del archipiélago de san Andrés ( ) Palenquero ( ) Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente ( ) Ninguno de los anteriores ( )
4. Tipo de afiliación con el sistema de seguridad social	Especial ( ) Contributivo ( ) Subsidiado ( ) No asegurado ( ) Otro ( )
5. En qué institución se atendió su último parto o cesárea de urgencia	¿Nombre de la institución? _____
6. Nivel de atención de la institución donde se atendió su último parto	Primer nivel ( ) Segundo nivel ( ) Tercer nivel ( )
7. ¿Cuál ha sido su principal ocupación en el último año?	Trabajo Formal ( ) Trabajo Informal ( ) Desempleada ( ) Hogar ( ) Estudiante ( )
8. ¿Cuál es el nivel más alto de estudio alcanzado?	Primaria Incompleta ( ) Primaria Completa ( ) Secundaria Incompleta ( ) Secundaria Completa ( ) Estudios técnicos ( ) Estudios tecnológicos ( ) Universitaria Pregrado ( ) Universitaria Posgrado ( )
9. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )
10. ¿Cuántos partos vaginales ha tenido?	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )
11. ¿Cuántas cesáreas ha tenido?	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )
12. ¿Cuántos abortos ha tenido?	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )
13. ¿Su último embarazo finalizó por?	Parto ( ) Cesárea de urgencia ( )
14. ¿En qué fecha nació su último hijo/a?	
15. ¿Asistió a curso de preparación para el parto?	Si ( ) No ( ) Si, su respuesta es (SI) especifique Cuantas veces ( )
16. ¿A cuántos controles prenatales asistió en su último embarazo?	0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) más de 6 ( )

# DISEÑO CUANTITATIVO

Inicialmente se planteó metodología bola de nieve.

Se identificaron las mujeres que aceptaron ser contactadas en los grupos del operador adscrito al ICBF

Se realizó llamada telefónica para verificar criterios de inclusión y exclusión

Se explicó el proyecto y se invitaron a participar: toma del Consentimiento informado

Se explicó el tipo de preguntas que se realizarían y los temas que se abordarían: evitando re victimización



# PLAN DE ANÁLISIS CUANTITATIVO

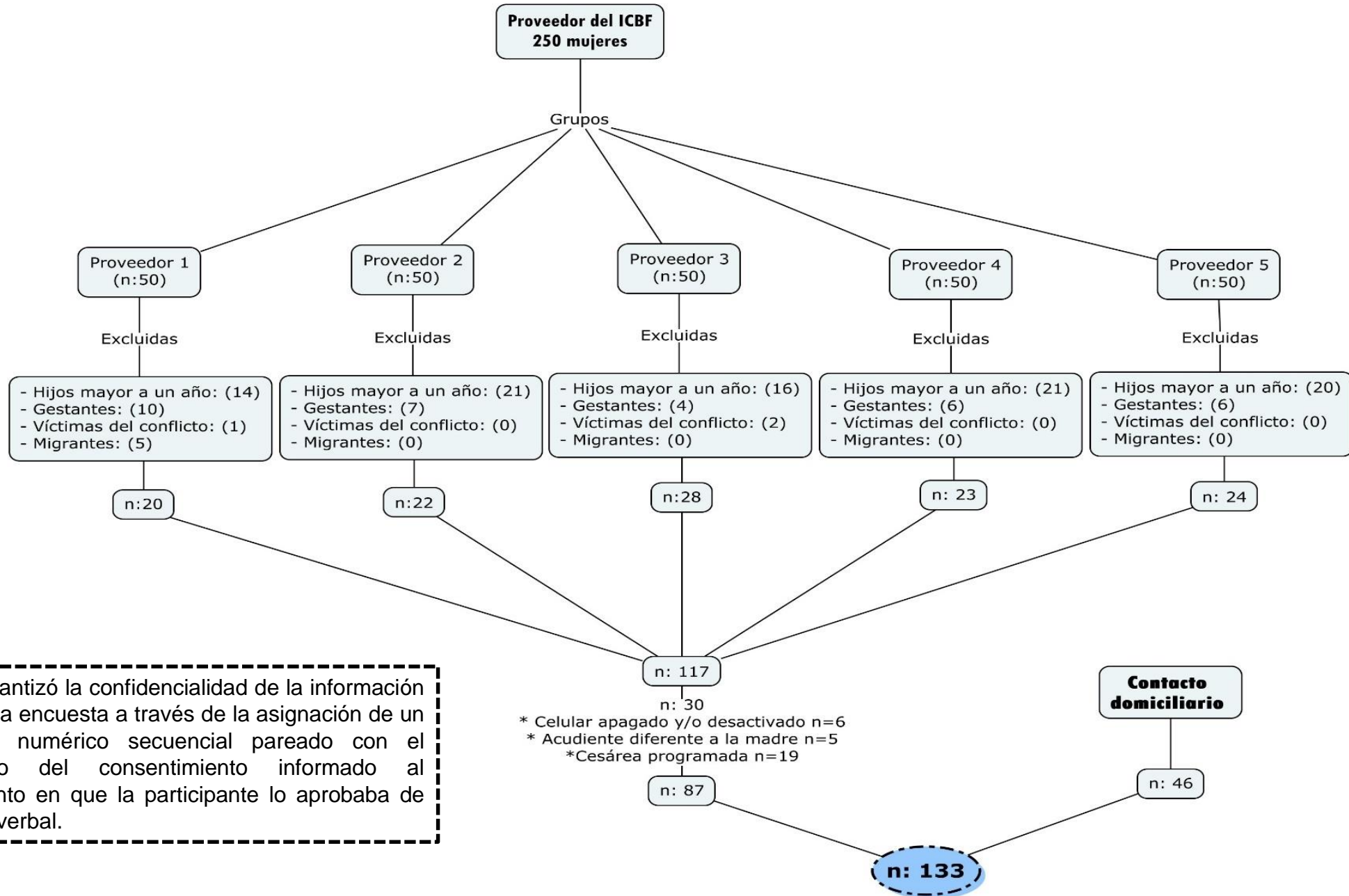
Se Llenaron las encuestas en Lime-survey programa Microsoft Excel

Se extrapolaron los datos a Stata 14.0: análisis estadístico

Análisis descriptivo: frecuencia absoluta, porcentaje y respectivo intervalo de confianza del 95% (IC95%).

§ Ji Cuadrado y test exacto de Fisher - Análisis bivariado:  $p \leq 0.05$ .

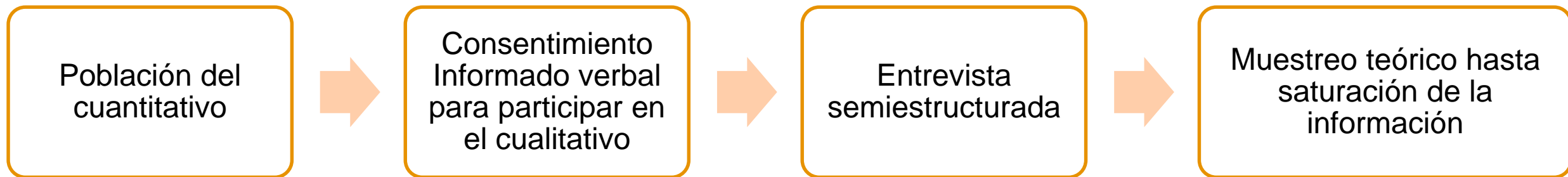
# ESTRATEGIA DE SELECCIÓN DE PARTICIPANTES



Se garantizó la confidencialidad de la información de cada encuesta a través de la asignación de un código numérico secuencial pareado con el formato del consentimiento informado al momento en que la participante lo aprobaba de forma verbal.

# DISEÑO CUALITATIVO

- Tipo de estudio → cualitativo, descriptivo e interpretativo
- Muestra y muestreo →



**Título del estudio: “Caracterización de la violencia obstétrica (V.O) desde la perspectiva de las mujeres con experiencia reciente de parto en una población de Bucaramanga.”**

Agradecemos la oportunidad que nos brinda de escuchar sus experiencias relacionadas con su(s) parto(s). Nos interesa conocer cómo vivió el proceso desde que inició con su trabajo de parto, qué sucedió durante la atención del parto y cómo se sintió tratada en el lugar donde la atendieron (clínica u hospital).

Este encuentro consiste en una conversación. Le haré unas preguntas especialmente enfocadas en el embarazo y parto más reciente, pero por favor, siéntase libre de compartir también cualquier experiencia en relación a otros embarazos o partos, empleando sus palabras. Toda la información que me comparta es estrictamente confidencial. Su nombre no será reportado en el informe de este estudio ni se divulgará públicamente.

Su participación es voluntaria y no debe responder alguna pregunta que no desee. Debido a que su experiencia es importante, también me gustaría grabar en audio la entrevista para que podamos capturar con precisión todo lo que usted dice. ¿Está de acuerdo en que se grabe esta conversación de hoy?

No hay respuestas correctas o incorrectas, simplemente deseamos escuchar sus opiniones sobre los temas que discutiremos hoy.

**Sección I. Antecedentes obstétricos**

- Inicialmente vamos a hablar sobre usted y sus hijos.
  - ¿Cuántos embarazos ha tenido? ¿Cuál ha sido la vía del parto?
  - ¿Qué edades tienen sus hijos?
  - ¿Qué edad tenía usted cuando nacieron sus hijos?
  - ¿Ha pensado en tener más hijos? ¿Por qué?

**Sección II. Embarazo**

- ¿Cómo fue más reciente su embarazo? ¿Cómo lo describiría?
- ¿Asistió a controles? ¿A cuántos controles asistió? ¿Quién le hacía los controles? ¿Dónde? ¿Cómo se sentía en los controles? ¿El papá de su bebé/pareja la acompañaba a los controles?
- ¿Cómo se preparó para el parto? ¿Hizo algo pensando en cómo tener un buen parto? ¿Recibió información sobre el parto? ¿Quiénes le proporcionaron información sobre el parto? ¿Estaba satisfecha con la información recibida? ¿Se sentía preparada para el parto?

**Guía de entrevista a profundidad: Indagar experiencias de parto institucionalizado reciente y de VO en los diferentes dominios**

# DISEÑO INSTRUMENTO CUALITATIVO



Guía de parto humanizado de la OMS para orientar preguntas disparadoras

Explorar la experiencia o percepción de la atención recibida y el trato brindado a las participantes.

# PLAN DE ANÁLISIS CUALITATIVO

- Análisis sobre los textos transcritos: línea por línea, frase por frase de forma continua.

## Codificación:

Orientada por datos en dos planos

### Ciclo 1

Codificación (ecléctica): emergencia de subcategorías en dominios de VO (categorías pre-establecidas)

### Ciclo 2

Codificación axial: depuración de códigos y descripción de categorías a partir de su agrupamiento y vinculación.

## Elementos de teoría fundamentada:

Codificación por ciclos, principio de comparación constante, generación de memos, saturación tras captar el significado de la experiencia de las participantes centrado en los temas más relevantes .

# TRIANGULACIÓN

- Diálogo y encuentro entre magnitud y significado.

*Minayo*

Camino en que los métodos  
pueden encontrarse.

Implica

\***Cuantitativo:** superar y vencer los marcos del positivismo

\***Cualitativo:** restricciones relativas a la comprensión de la magnitud de los fenómenos y procesos sociales.

Buscando alcanzar la subsidiariedad gracias a la articulación productiva de ambas metodologías

# RESULTADOS CUANTITATIVOS

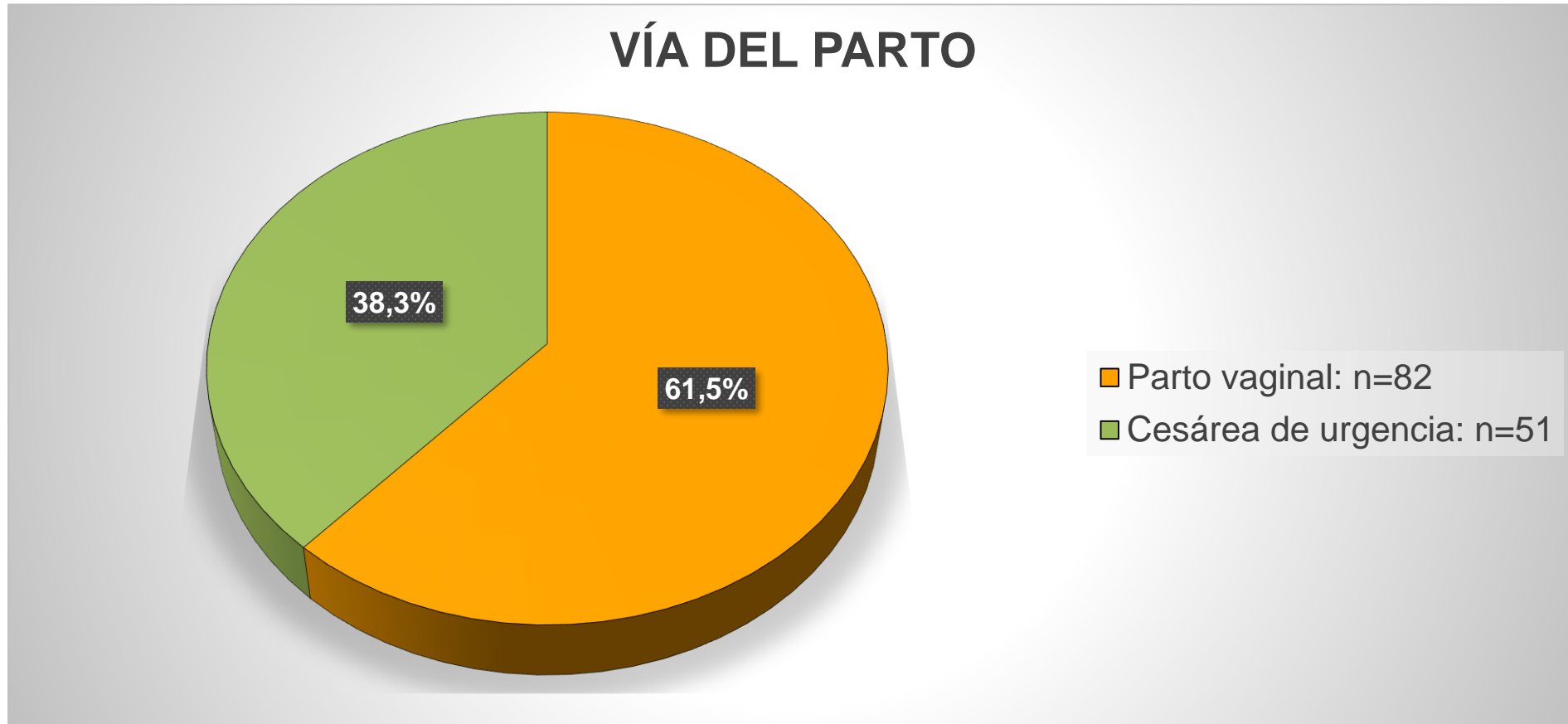


## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PARTICIPANTES

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	n (%)	IC95%
<b>EDAD</b>		
18 a 25 años	66 (49,6)	40,8-58,4
26 a 40 años	67 (50,3)	41,6-59,2
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Unión libre o Casada	104 (78,1)	70,2-84,9
Soltera o Separada	29 (21,9)	15,1-29,8
<b>SEGURIDAD SOCIAL</b>		
Contributivo/prepagada	51 (38,3)	30,1-47,2
Subsidiado	73 (54,8)	46,0-63,5
No asegurado	9 (6,8)	3,1-12,5
<b>NIVEL DE ATENCIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD</b>		
Tercer nivel	102 (76,7)	68,6-83,6
Primer o Segundo nivel	31 (23,3)	16,4-31,4
<b>OCUPACIÓN</b>		
Trabajo remunerado (formal e informal)	35 (26,3)	19,1-34,7
Desempleada/hogar	93 (69,9)	61,4-77,6
Estudiante	5 (3,7)	1,2-8,6
<b>NIVEL DE ESCOLARIDAD</b>		
Universitaria (pregrado y posgrado)	14 (10,5)	5,9-17,0
Estudio técnicos o tecnológicos	29 (21,8)	15,1-29,8
Secundaria completa o incompleta	84 (63,1)	54,4-71,4
Primaria completa o incompleta	6 (4,5)	1,7-9,6

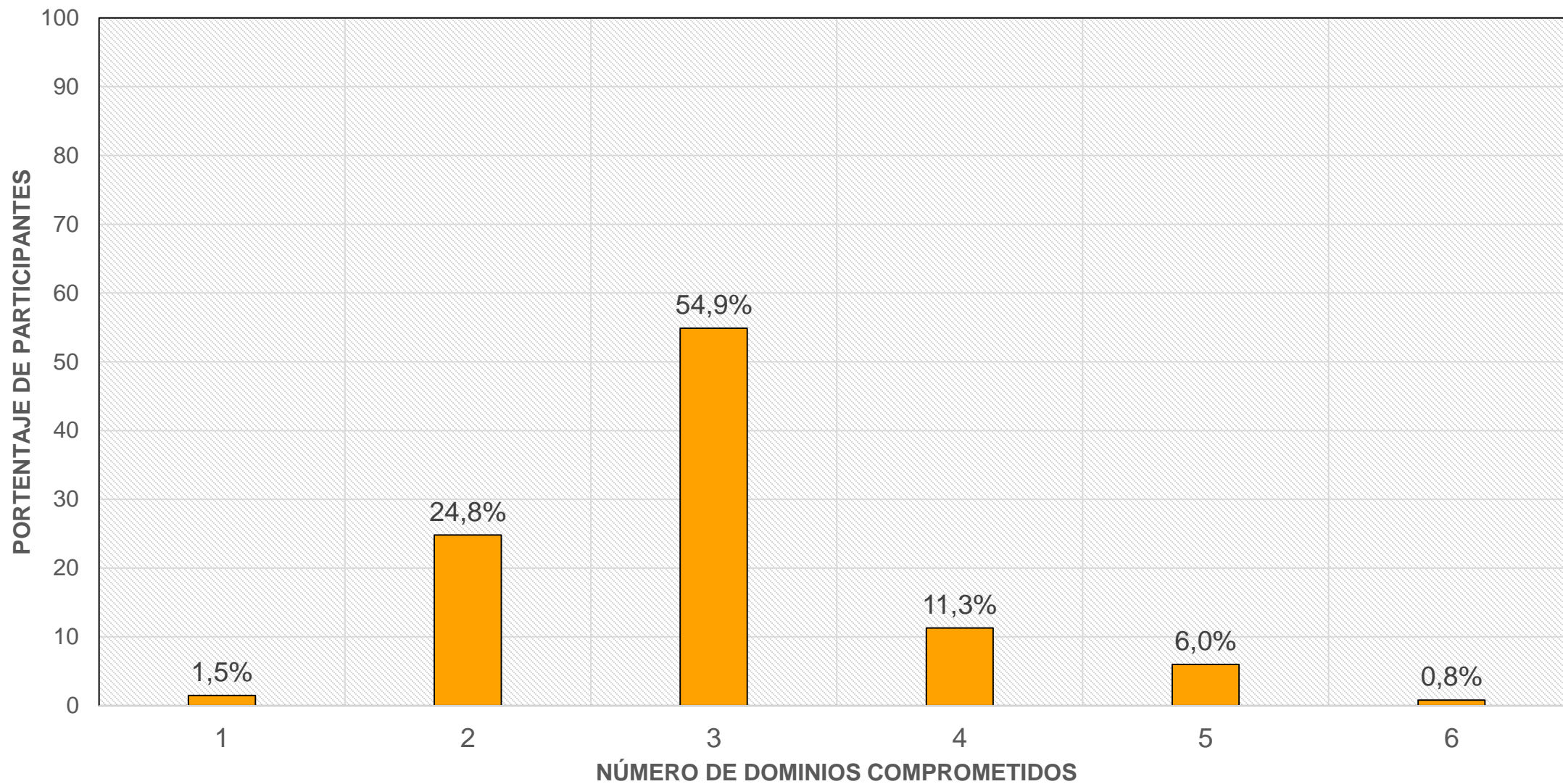
VARIABLE ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS	n (%)	IC95%
NÚMERO DE EMBARAZOS		
1 a 3 embarazos	120 (90,2)	83,9-94,7
4 a 6 embarazos	13 (9,7)	5,3-16,1
ABORTOS		
No	117 (87,9)	81,2-93,0
Si	16 (12,1)	7,0-18,8
CURSO PSICOPROFILACTICO		
Si	28 (21,1)	14,5-29,0
No	105 (78,9)	71,0-85,5
CONTROL PRENATAL		
1 a 3	11 (8,2)	4,2-14,3
4 a 5	25 (18,7)	12,5-26,5
Más de 6	97 (73,0)	64,5-80,3

# Distribución de las participantes según la vía del parto

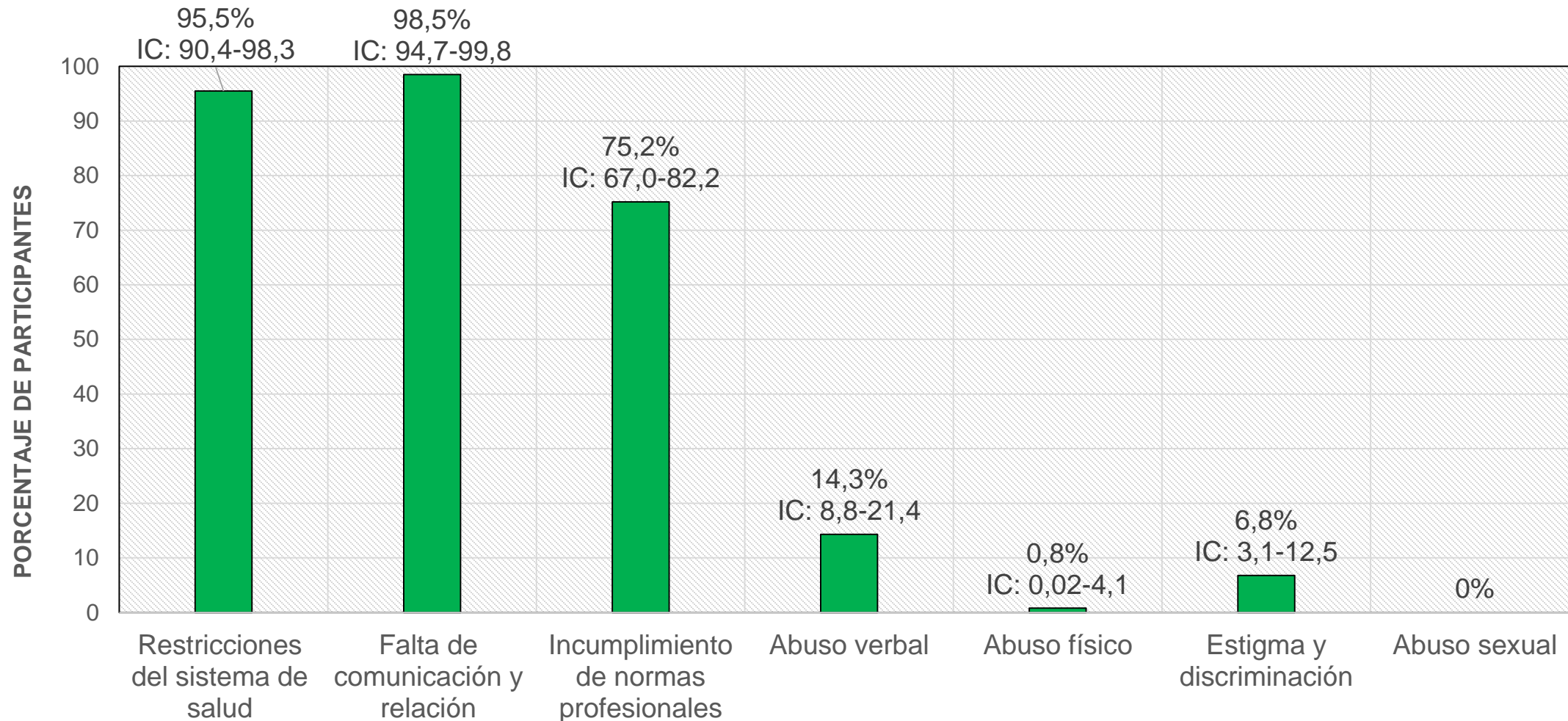


Fuente: Elaboración propia.

## PREVALENCIA GLOBAL DE VO SEGÚN EL NÚMERO DE DOMINIOS AFECTADOS

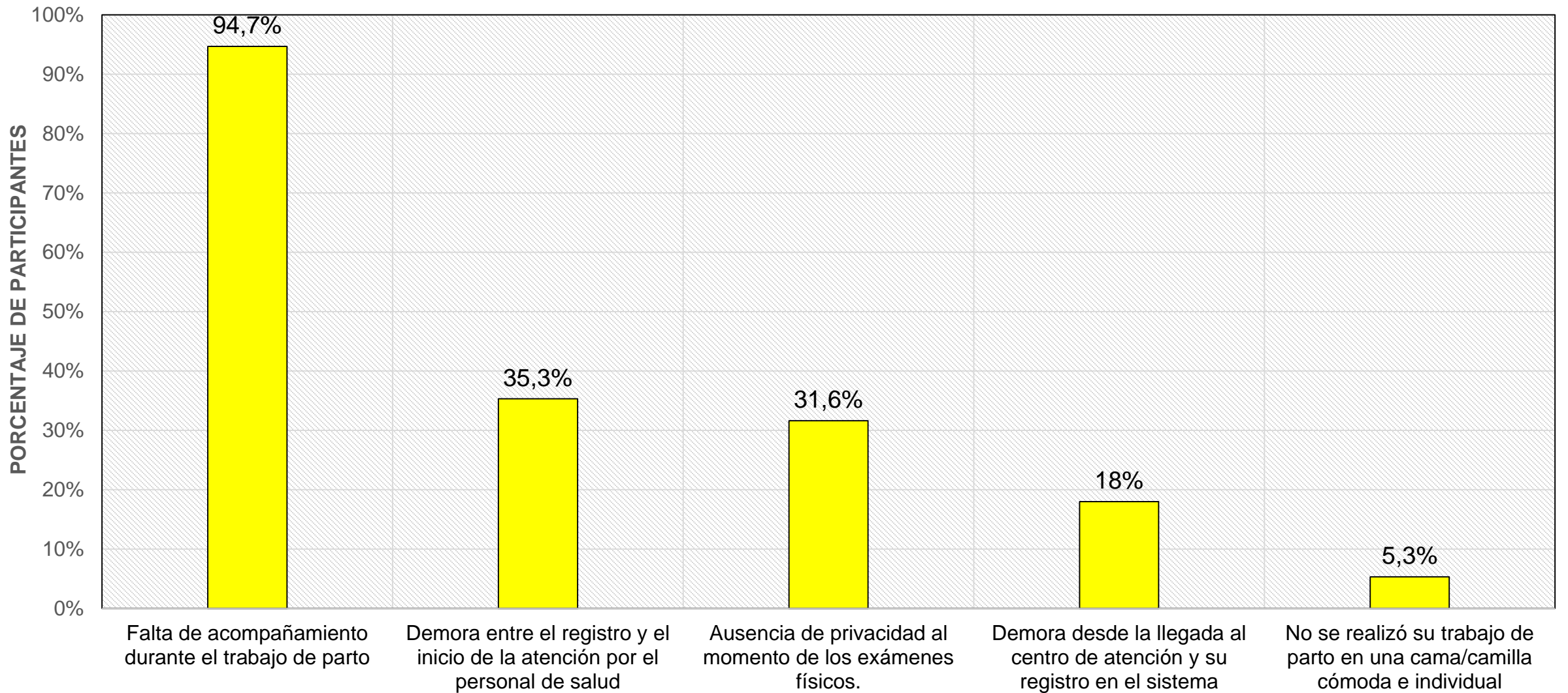


# FRECUENCIA DE AFECTACIÓN DE CADA UNO DE LOS DOMINIOS



DENOMINACIÓN DE LOS DOMINIOS SEGÚN BOHREN

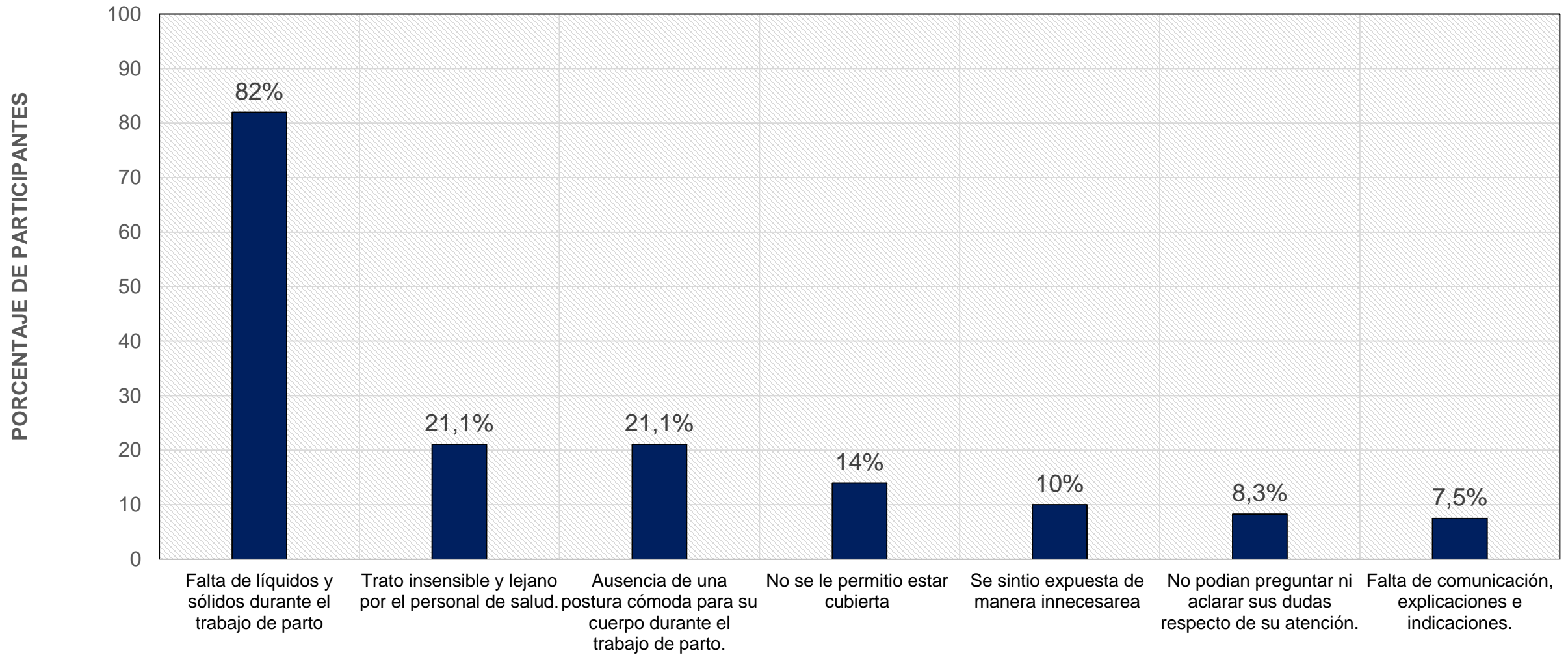
# DOMINIO 1. RESTRICCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD



Fuente: Elaboración propia.

\* n=133 participantes.

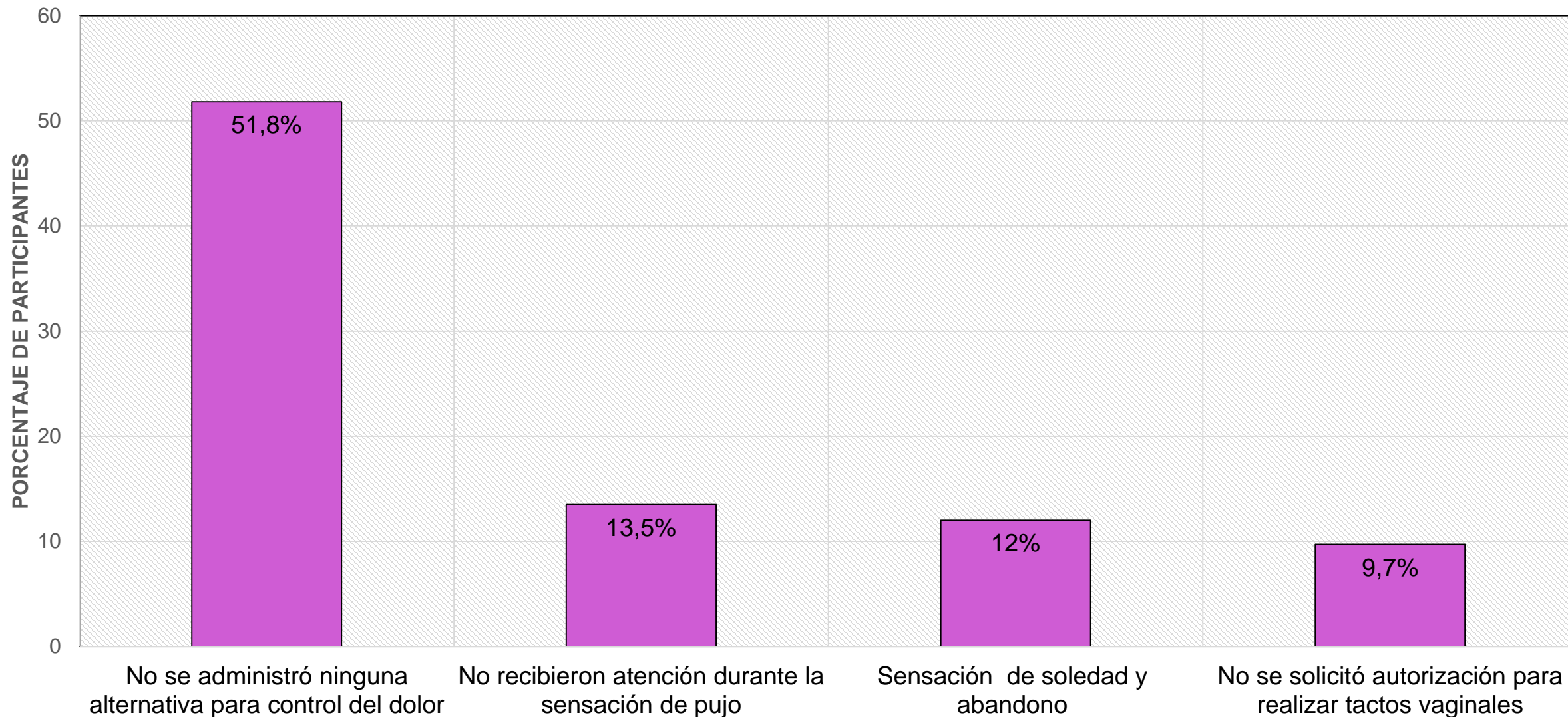
## DOMINIO 2: FALTA DE COMUNICACIÓN Y RELACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LA PACIENTE



Fuente: Elaboración propia.

\* n=133 participantes.

### DOMINIO 3. INCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA



Fuente: Elaboración propia.

\* n=133 participantes.



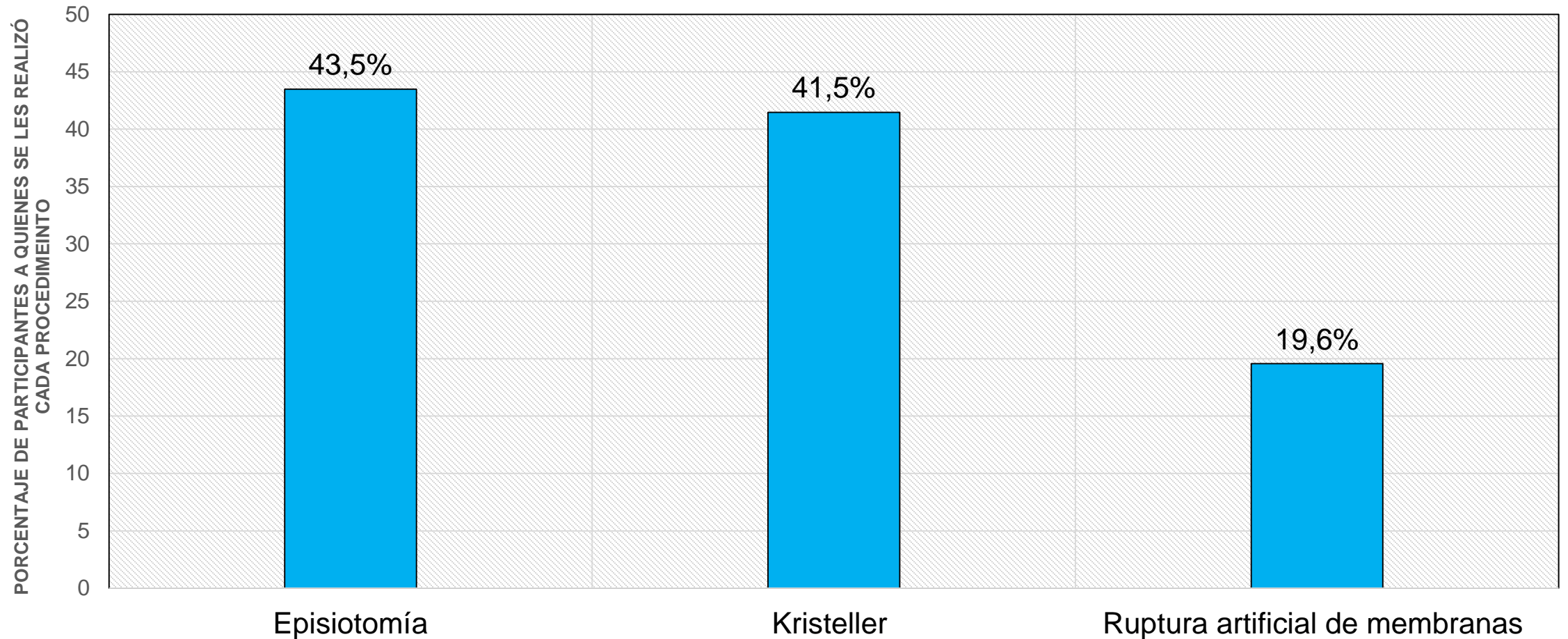
## Discriminación de incumplimiento de normas profesionales de atención médica según la vía del parto.

PARÁMETRO AFECTADO	Parto vaginal n (%)	Cesárea de urgencia n (%)
No se administró ninguna alternativa para control del dolor (n=69)	44 (63,7)	25 (36,2)
Sensación de soledad y abandono (n=16)	10 (62,5)	6 (37,5)
No recibieron atención durante la sensación de pujo (n=18)	17 (94,4)	1 (5,6)
No se solicitó autorización para realizar tactos vaginales (n=13)	9 (69,2)	4 (30,8)

\* partos vaginales n=82 participantes

\* Cesáreas de urgencia n=51 participantes

## PROCEDIMIENTOS INDEBIDOS O FALTA DE AUTORIZACIÓN EN PROCEDIMIENTOS PERTINENTES



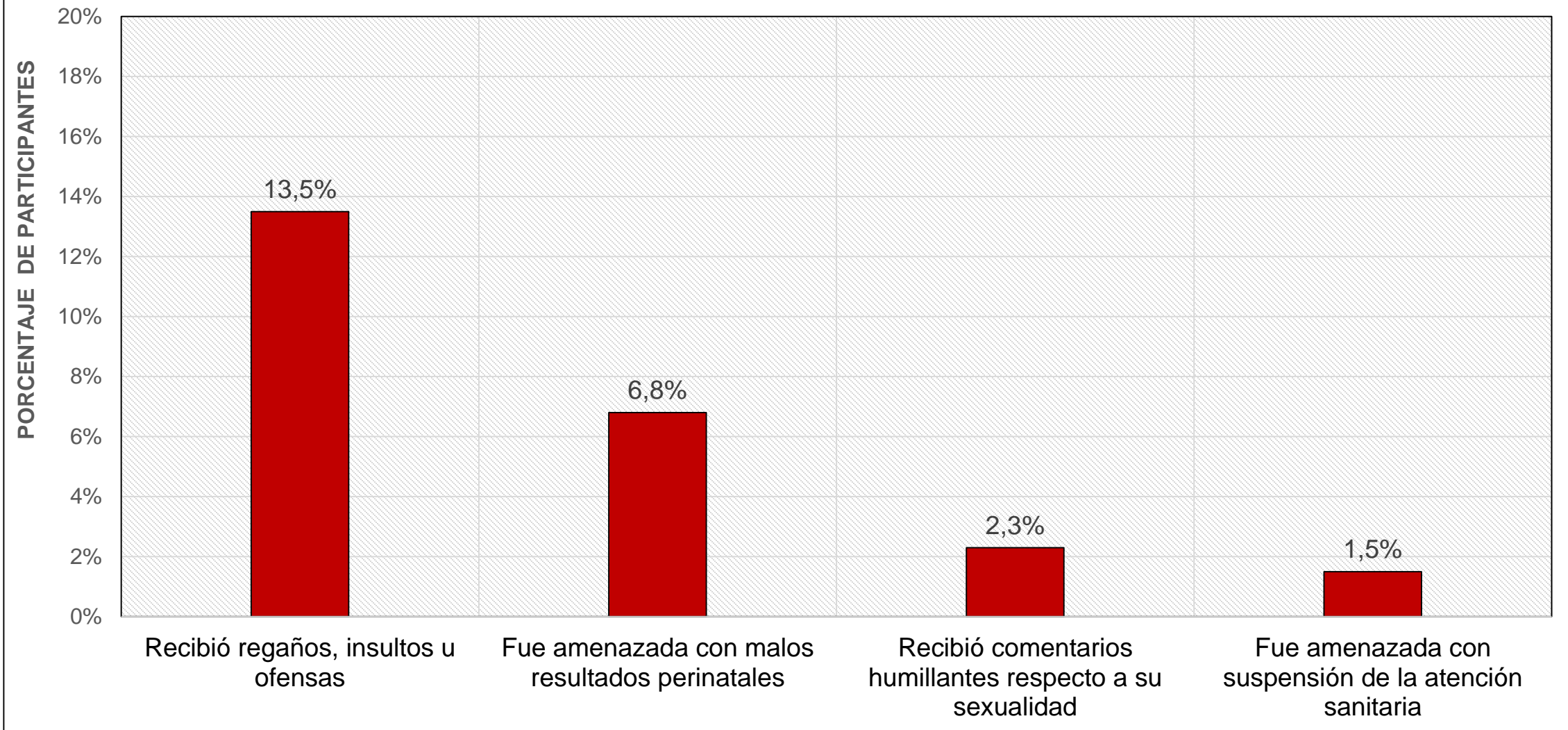
Cálculos realizados con denominadores:

Episiotomía: n=23

Ruptura artificial de membranas: n=46

maniobra de Kristeller: n=82.

## DOMINIO 4. ABUSO VERBAL

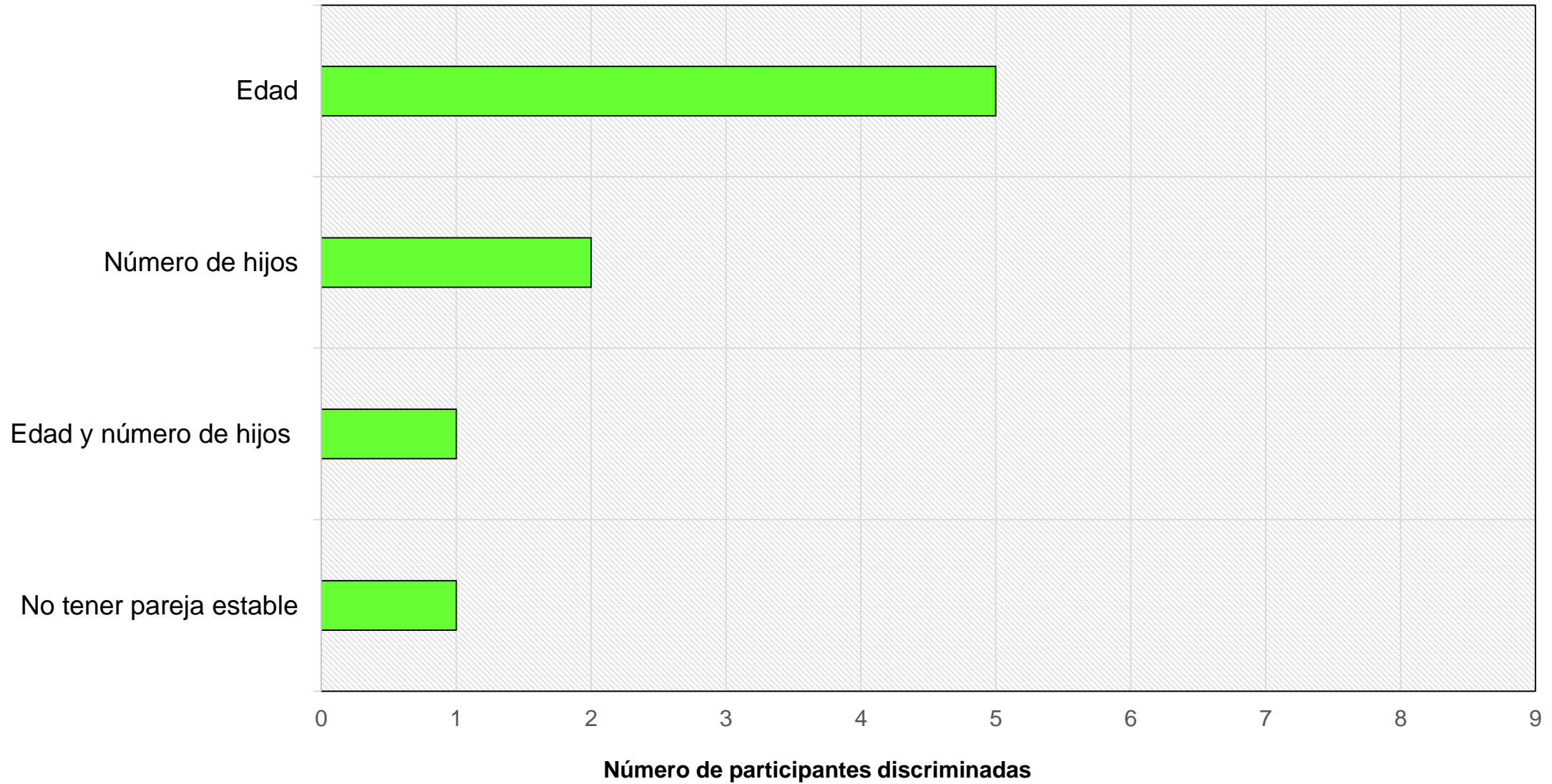


Fuente: Elaboración propia.

\* n=133 participantes.

## DOMINIO 6. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

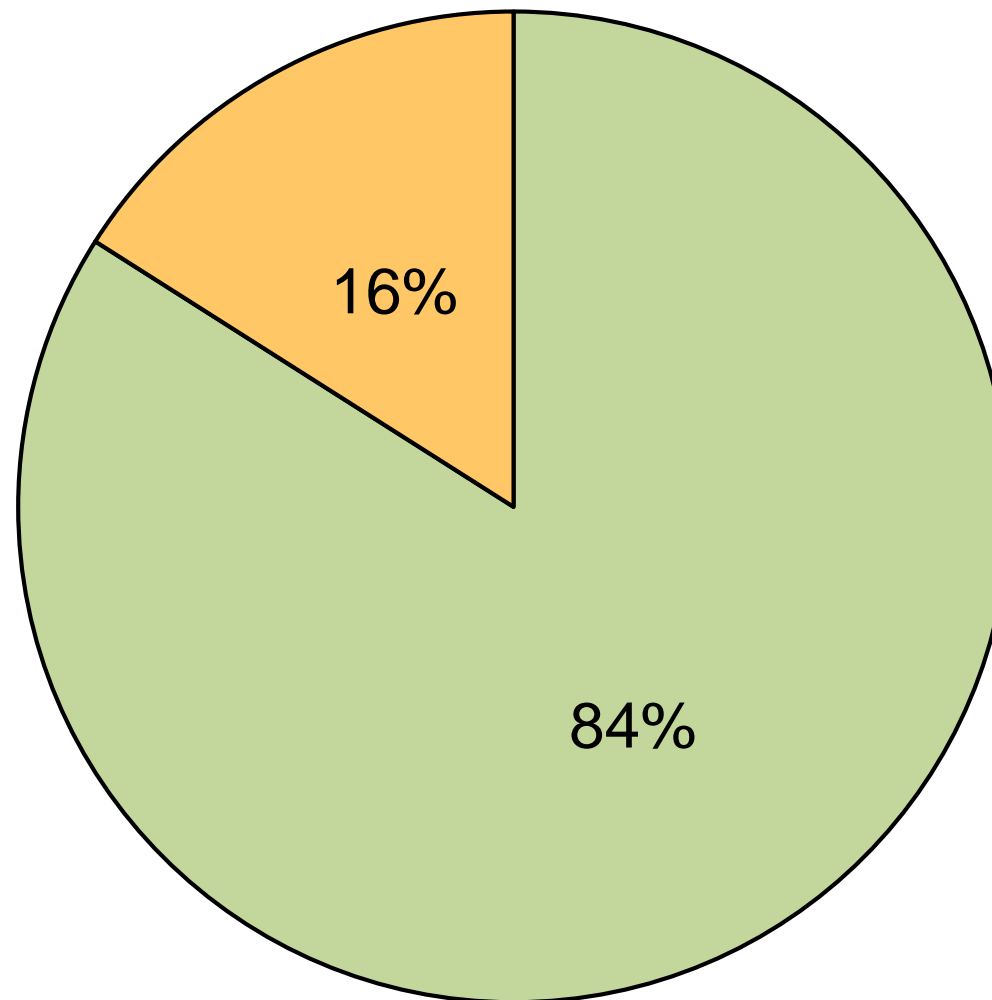
PARÁMETRO QUE ORIGINÓ LA SENSACIÓN DE DISCRIMINACIÓN



Fuente: Elaboración propia.

\* n=9 participantes

# PORCENTAJE DE CONFIANZA & DESCONFIANZA EN LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL



■ Confianza ■ Desconfianza

# Análisis bivariado: resultados de significancia estadística.

# Resumen: Análisis bivariado entre dominios y variables sociodemográficas con significancia estadística

INCUMPLIMIENTO DE NORMAS PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA		<i>p</i>
<b>Vía del parto</b>	Violencia obstétrica	
Parto vaginal	83%	<b>0,009</b>
Cesárea de urgencia	63%	
<b>ESTÍGMA Y DISCRIMINACIÓN</b>		
<b>Nivel de escolaridad</b>	Violencia obstétrica	
Universitaria (pregrado y posgrado)	14%	<b>0,042</b>
Estudios técnicos y tecnológicos	4%	
Secundaria completa e incompleta	5%	
Primaria completa e incompleta	33%	
<b>ESTÍGMA Y DISCRIMINACIÓN</b>		
<b>Número de embarazos</b>	Violencia obstétrica	
1 a 3 embarazos	5%	<b>0,014</b>
4 a 6 embarazos	23%	

# RESULTADOS CUALITATIVOS





14 participantes: 18-31 años



Régimen de afiliación al sistema de salud:

11: subsidiado

3: contributivo



Control prenatal y curso psicoprofiláctico

14: asistieron a más de 6 controles prenatales

1: Realizo el curso psicoprofiláctico



Vía final de la gestación:

13: parto vaginal

1: cesárea de urgencia.

## Abordaje cualitativo

Parto en institución de salud, una vivencia dolorosa.

Violencia obstétrica institucional

- \* Control prenatal si, pero ausencia de curso psicoprofiláctico
- \* Primacía de procesos administrativos para dar inicio a la atención
- \* Falta de privacidad
- \* Imposibilidad de estar acompañada

Interacción entre el personal de salud y la mujer embarazada en trabajo de parto y parto

- \* Ausencia de estrategias para el alivio del dolor
- \* Consentimiento implícito
- \* Procedimientos indebidos
- \* Exposición injustificada del cuerpo
- \* Breve vínculo madre – hijo(a)
- \* Comunicación: (Pautas de alimentación y adopción de posturas en el trabajo de parto y parto)

Abuso verbal, estigma y discriminación.

*No abuso físico ni sexual*

# VIOLENCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL

Abarca todo lo relacionado con la oferta institucional a la mujer gestante, desde el control prenatal durante el embarazo hasta la atención del parto:

*Control prenatal si, pero ausencia de curso psicoprofiláctico*

*Primacía de procesos administrativos para dar inicio a la atención*

*“cualquier cosa que yo le preguntaba, ella me aclaraba”  
C 39\_ Mujer de 24 años, primigestante, régimen subsidiado*

*“yo esperando ahí con esos dolores, yo no me podía sentar, ya con esos dolores no aguantaba”  
C139\_-Mujer de 18 años, primigestante, régimen contributivo*

*En los relatos mostrados, la letra “E” identificará al entrevistador y la letra “P” a la participante.*

# VIOLENCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL

*Falta de privacidad*

E: Cuando tú dices que te ingresaron, ¿dónde te ingresaron?

P: Ehh, a **una sala de partos donde tienen varias camas, pero son divididas por cortinitas**, ahí. Y pues yo estaba con otra mamá que estaba ahí esa noche.

E: Bueno, y esas cortinas, consideras tú, que hubo privacidad cada vez que te revisaban, que te hacían tactos y todo eso.

P: Sí señor.

C135 - Mujer de 22 años, primigestante, régimen subsidiado.

“como cuando un animalito va a nacer y que todo el mundo va a ver, así...”

C136\_- Mujer de 28 años, multípara, régimen contributivo

# VIOLENCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL

*Imposibilidad de estar acompañada*

*“uno como con alguien se siente como más seguro”.*

*C 52\_-Mujer de 24 años, primigestante, régimen subsidiado.*

*“eso era una sala grande que tenía todo relacionado con el embarazo y recién nacido, **no veía la posibilidad que pueda entrar alguien del exterior”***

*C130\_-Mujer de 21 años, multigestante, régimen subsidiado*

# INTERACCIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LA MUJER EMBARAZADA EN TRABAJO DE PARTO Y PARTO

*Ausencia de estrategias para el alivio del dolor*

*E: ¿En algún momento te colocaron algo para el dolor?,*

*P: Pues, **yo no sabía de eso**, ¿sí? me dijo fue la doctora, si quiere pues yo, eso la epidural se les pone y con eso se le puede tranquilizar y puede descansar un poco de los dolores, puede dormir hasta un ratico.*

*E: ¿Cómo te fue después que te la colocaron?*

*P: **pues me la pusieron y me fue bien**. ¿sí?, ni sentí ni dolores cuando me la pusieron ni nada de eso.*

*C 52\_-Mujer de 24 años, primigestante, régimen subsidiado.*

*P: Pero ya cuando entró la doctora, yo la llamaba y le decía: “es que yo siento mucho dolor cuando me hacen los monitoreos, yo me siento ahogada, siento que no puedo estar acostada mientras el monitoreo”.*

*E: ¿y qué hacían los médicos y las enfermeras cuando tú les decías eso?*

*P: Que tenía que aguantarme*

*P: Después, **yo llegué a un punto donde me dolían mucho las caderas, y yo le dije a la doctora “es que yo ya no puedo más”, entonces me dijo: “no señora, es que usted aquí no va hacer lo que usted quiera, es que usted aquí va a tener el niño por parto natural, eso debía haberlo pensado antes de meter las patas, antes de tener familia”.***

*C88 - Mujer de 22 años, primigestante, régimen subsidiado*

# INTERACCIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LA MUJER EMBARAZADA EN TRABAJO DE PARTO Y PARTO

## *Consentimiento implícito*

- ✓ A todas las entrevistadas se les advirtió de los **procedimientos rutinarios o habituales** en la atención del parto (tactos vaginales, amniotomía y episiotomía, aplicación de medicamentos -incluido la oxitocina, referida como pitocín- y opresión de pezones )
- ✓ Esta advertencia es **interpretada por ellas como una solicitud para su realización.**
- ✓ Ninguna de ellas relató que se le hubiera pedido autorización para llevar a cabo ninguno de estos procedimientos .

*E: Y cuándo te hacían los tactos vaginales ¿qué te decían?*

*P: Mamita voltéese porque vengo a hacerle el tacto para mirar a ver en cuánto va. Y ya.*

*E: ¿Te pedían autorización cada vez que te iban a hacer un tacto?*

*P: Sí, sí.*

*E: ¿O sea te pedían permiso?*

*P: Sí, sí ellos siempre me decían eso.*

*C129: Mujer de 30 años, multigestante, régimen subsidiado*

# INTERACCIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LA MUJER EMBARAZADA EN TRABAJO DE PARTO Y PARTO

## Procedimientos indebidos

*P: O sea, el doctor llegó y me **dijo “me toca romperle fuente” y realmente él lo hizo fue con el dedo, tengo entendido que lo hacen con un aparatico** y él lo hizo realmente fue con el dedo, eso fue terrible para mí por qué eso aumenta terrible los dolores”.*

*C129- Mujer de 30 años, multigestante, régimen subsidiado.*

*E: ¿Tú solicitaste que te hicieran eso?*

*P: No, no yo no sabía ni nada de eso, como para que no se quedara ahí.*

*E: ¿Y ellos te dijeron que iban a hacer eso?, ¿Te explicaron que te iban a hacer eso?*

*P: No, ellos no me explicaron nada, solo me hicieron... la doctora les dijo a las enfermeras **que tocaba que me ayudaran y yo cuando las vi era ahí arriba y me espichaban** hacia abajo, cuando yo ya estaba pujando.*

*C135. Mujer de 22 años, primigestante, régimen subsidiado*

*E: Bueno y ¿qué pasó ahí? Eh... ¿Tú pujaste solita?*

*P: Sí señora, y **dos enfermeras me ayudaron a espichar acá arriba** [Sobre el fondo uterino] pues para que saliera más rápido*

*E: Y... ¿Ella te explicó que estaba haciendo?*

*P: **Sí, ella me dijo que era para que ayudara a que la bebé no se me fuera a subir**, me explicaron como pujara, que no fuera a gritar para que la niña no se me fuera a subir, a devolver*

*C39 - Mujer de 24 años, primigestante, régimen subsidiado*



# INTERACCIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LA MUJER EMBARAZADA EN TRABAJO DE PARTO Y PARTO

*Exposición injustificada del cuerpo*

- ✓ 4→ situaciones incómodas cuando se practican ciertos procedimientos sin explicación previa debido a que se encuentran desnudas.

*E: En ese momento en que estabas en esa camilla. ¿Te sentiste descubierta, desnuda?*

*P: sí, porque ellos esto, **la enfermera**, ella **me destapa**, me destapa así con la bata **para revisarme los pezones**, sí, me aprieta, me dijo eso es para que cuando el bebé nazca le puedas dar, ¿sí?*

*E: Para ella realizar eso ¿Te pidió permiso o simplemente te abrió la bata y dejó descubiertos los pezones?*

*P: No, simplemente abrió la bata y me empezó a hacer y yo iba pujando.*

*E: Y en ese momento ¿Tú cómo te sentías? ¿cómo sentiste esa acción de ella?*

*P: Yo me sentí como no... **no soporto estar así.***

*C84 - Mujer de 30 años, multípara, régimen contributivo.*

# INTERACCIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LA MUJER EMBARAZADA EN TRABAJO DE PARTO Y PARTO

## Breve vínculo madre-hijo (a)

*“Me lo colocaron un ratito”.*

*C140. Mujer de 27 años, primigestante, régimen subsidiado.*

*P: Sí, me lo pusieron en el estómago, yo lo toqué y luego se lo llevaron para limpiarlo y pesarlo, pues igual uno sabe que eso tiene que ser rápido, porque ellos deben revisarlo para saber si está respirando bien y todo.*

*C134-Mujer de 31 años, multigestante, régimen subsidiado.*

## Comunicación

- *Pautas de alimentación*

*E: Por eso, o sea, de tres de la tarde que llegaste hasta las doce, que nació tu bebé, ¿no comiste nada?*

*P: No, nada, nada.*

*E: ¿hubieses querido?*

*P: Uy sí, yo tenía hambre.*

*E: ¿Tu solicitaste en algún momento?*

*P: yo pregunté que si podía y no me dejaron.*

*C129 - Mujer de 30 años, multípara, régimen subsidiado*

## Comunicación

### *Adopción de posturas durante el trabajo de parto y parto*

- ✓ Durante el trabajo de parto a algunas mujeres se les permitió deambular o asumir alguna postura alternativa, en el parto a ninguna se le ofreció la posibilidad de optar por una posición que fuese de su preferencia y diferente a estar acostada en supino.
- ✓ Prevalció la indicación estandarizada de que la fase expulsiva inminente debe llevarse a cabo en la camilla de atención de parto.

*“Acuéstese, baje más la cola, suba las piernas”*

*C84 - Mujer de 30 años, multípara, régimen contributivo*

# ABUSO VERBAL, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Los testimonios revelan juzgamiento por parte del personal sanitario hacia algunas de las entrevistadas en relación a su sexualidad, a expectativas sociales relacionadas con la maternidad, o decisiones o comportamientos de estas sobre su cuerpo. Expresiones como **“Para eso Dios le dio hijos”** o **“¿Para qué se puso a abrir las piernas?”** evidencian discriminación de género hacia las mujeres entrevistadas, lo cual generó sentimientos de abatimiento y afectó negativamente su experiencia de parto.

# PARTO EN INSTITUCIÓN DE SALUD, UNA VIVENCIA DOLOROSA.

- El trabajo de parto y el parto son procesos en los que el dolor es protagonista.
- Cada quien lo experimenta de manera única, desde un dolor “esperado” a un dolor que sobrepasa las expectativas.
- En todo caso, un dolor “normal”.
- El dolor genera angustia e incertidumbre: **“sentí que me iba a morir”, “ya el cuerpo no me daba”, “a uno se le olvida que tiene hambre, sed, se le olvida todo”.**

# PARTO EN INSTITUCIÓN DE SALUD, UNA VIVENCIA DOLOROSA.

- En multíparas: la experiencia de partos anteriores provee aprendizajes sobre lo que se espera durante el parto, **siendo el dolor intenso percibido como normal.**
- Para las mujeres primíparas: el parto, además de **doloroso**, representa un proceso **desconocido**, así como lo son los procedimientos institucionales de atención.
- No hubo solicitud de control de dolor. Para el profesional el control del dolor no fue una prioridad.

# PARTO EN INSTITUCIÓN DE SALUD, UNA VIVENCIA DOLOROSA.

- Situaciones de descuido o abandono por parte del personal sanitario no son frecuentes en los relatos de las entrevistadas,
- Dos mujeres hicieron referencia a la falta de acompañamiento o atención en los momentos de intenso dolor.

*P: “yo llamaba a la doctora, la doctora venía de una vez”,*

*E: o sea, ¿estuvieron pendientes de ti?*

*P: Sí. Eso sí, la verdad sí es muy bueno el trato. El trato allá es mejor, muy bueno.*

*C52 mujer de 24 años, primigestante, régimen subsidiado, con atención inicial en primer nivel y posteriormente en tercer nivel.*

# PARTO EN INSTITUCIÓN DE SALUD, UNA VIVENCIA DOLOROSA.

La falta de control de dolor, el no vínculo madre e hijo, el no consentimiento para realizar tactos vaginales, entre otros actos médicos, **no implican problemas en la atención para ellas, pero sí lo es el hecho de ser maltratadas o sentirse agredidas verbalmente por algunos de los miembros del personal que estuvo a cargo.**



# DISCUSIÓN

## ABORDAJE CUANTITATIVO



# Prevalencia de VO 100% para al menos 1 dominio afectado

a) La existencia de elementos culturales propios de algunas sociedades que “normalizan” o “justifican” ciertas actitudes

b) Diversidad de lenguajes e interpretaciones que existen hoy en día sobre el concepto de (VO)

## 13 al 28%

ORIGINAL ARTICLE

**Patients' experiences of abuse in health care: a Nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients**

KATARINA SWAHNBERG<sup>1</sup>, BERIT SCHEI<sup>2</sup>, MALENE HILDEN<sup>3</sup>, ERJA HALMESMÄKI<sup>4</sup>,  
KATRINE SIDENIUS<sup>3</sup>, THORA STEINGRIMSDOTTIR<sup>5</sup> & BARBRO WIJMA<sup>1</sup>

## 98%



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ijgo](http://www.elsevier.com/locate/ijgo)



CLINICAL ARTICLE

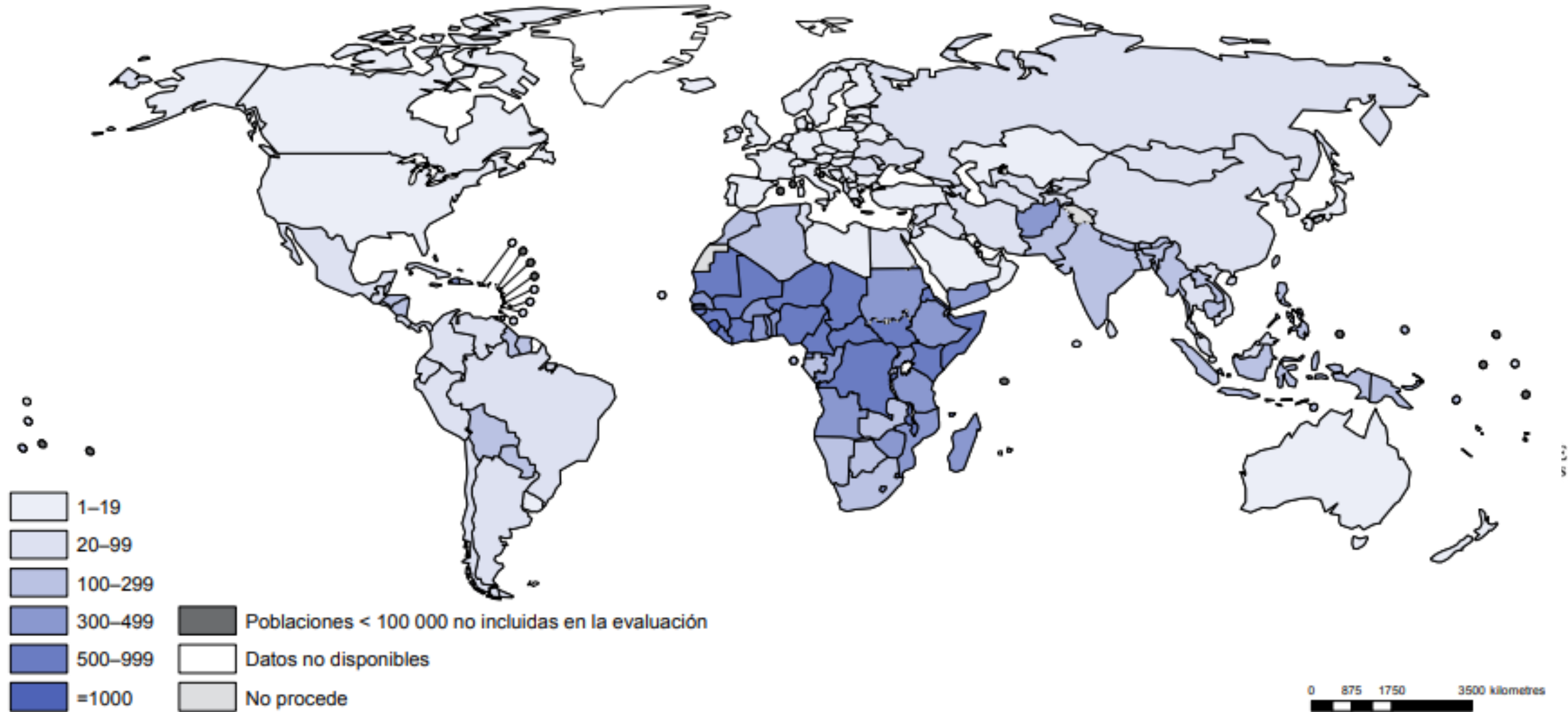
**Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country<sup>☆</sup>**

Innocent I. Okafor<sup>a</sup>, Emmanuel O. Ugwu<sup>b,\*</sup>, Samuel N. Obi<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, Enugu State University Teaching Hospital, Enugu, Nigeria  
<sup>b</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu, Nigeria



Figura 1. Razón de mortalidad materna (RMM, muertes maternas por 100 000 nacidos vivos), 2015



(Received 10 May 2018; revised 03 August 2019; accepted 03 August 2019)



**Dominio 1**  
Restricción del  
sistema de salud

## **Falta de Privacidad**

**31,6%**

**15,2%**

**56,5%: no mamparas genera angustia**

*Health Policy and Planning*, 33, 2018, 317–327

doi: 10.1093/heapol/czx180

Advance Access Publication Date: 22 December 2017

Original Article

OXFORD

### **Jeopardizing quality at the frontline of healthcare: prevalence and risk factors for disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia**

Kathleen P Banks<sup>1,2,\*</sup>, Ali M Karim<sup>3</sup>, Hannah L Ratcliffe<sup>1,4</sup>,  
Wuleta Betemariam<sup>3</sup> and Ana Langer<sup>1</sup>

## Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis

Constanza Tobasía-Hege,<sup>1</sup> Mariona Pinart,<sup>2</sup> Sofia Madeira,<sup>3</sup> Alessandra Guedes,<sup>1</sup> Ludovic Reveiz,<sup>1</sup> Rosario Valdez-Santiago,<sup>4</sup> Vicky Pileggi,<sup>3</sup> Luz Arenas-Monreal,<sup>4</sup> Anabel Rojas-Carmona,<sup>4</sup> Maricela Piña-Pozas,<sup>4</sup> Rodolfo Gómez Ponce de León<sup>6</sup> y João Paulo Souza<sup>3</sup>

**Forma de citar** Tobasía-Hege C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez-Santiago R, et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. Rev Panam Salud Publica. 2019;43:e36. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>



**No divisiones que brinden  
privacidad en el  
60,4%**



REPUBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 003100 DE 2019

( 25 NOV 2019 )

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud

### Estándar de infraestructura

*Complejidad baja*

*Modalidades intramural, telemedicina - prestador remitir*

9. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con:
  - 9.1. Sala de visitas
  - 9.2. Área para la recepción y entrega de pacientes.
  - 9.3. Vestidor para pacientes que funciona como filtro.
  - 9.4. Vestidor para el talento humano que funciona como filtro y área para casilleros.
  - 9.5. Estación de enfermería.
10. Disponibilidad en el servicio de unidad sanitaria.
11. Ambiente de trabajo de parto que cuenta con:
  - 11.1. Área para dos camillas por cada mesa de parto.
  - 11.2. Sistema de vacío.  
Barrera física móvil o fija entre camillas, que permite fácil limpieza y desinfección y la privacidad del paciente, cuando exista más de una camilla.



## **Dominio 2**

Comunicación y relación  
entre el personal sanitario  
y la paciente

# **Falta de comunicación y relación**

## **98,5%**

## **100% parto institucional**



< 70 – 100.000 NV

# **33%** **50% partos domiciliarios**

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Sexual & Reproductive Healthcare

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/srhc](http://www.elsevier.com/locate/srhc)

Obstetrics violence among parturient women in Kano State, north-west Nigeria

Shaheeda Labaran Farouk<sup>a</sup>, Taiwo Gboluwaga Amole<sup>a,b,\*</sup>, Mohammed Kabir<sup>a</sup>, Sadeeq Abubakar<sup>a,c</sup>, Zubairu Iliyasu<sup>a</sup>

La salud es de todos Minsalud

*58,2 – 100.000 NV en América latina*

*Colombia : 45,2 - 100.000 NV*

Análisis de Situación de Salud (ASIS)  
Colombia, 2020



## Dominio 2

Comunicación y relación  
entre el personal sanitario  
y la paciente

# Ausencia de líquidos y sólidos

**82%: Trabajo de parto  
98,8% Durante el parto**

### RESEARCH ARTICLE

## Evidence of 'obstetric violence' in India: an integrative review

**8%**

Surbhi Shrivastava\* and Muthusamy Sivakami

School of Health Systems Studies, Tata Institute of Social Sciences, Mumbai, India

\*Corresponding author. Email: [surbhis.1724@gmail.com](mailto:surbhis.1724@gmail.com)

(Received 10 May 2018; revised 03 August 2019; accepted 03 August 2019)



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Sexual & Reproductive Healthcare

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/srhc](http://www.elsevier.com/locate/srhc)



## Obstetrics violence among parturient women in Kano State, north-west Nigeria

**7%**

Shaheeda Labaran Farouk<sup>a</sup>, Taiwo Gboluwaga Amole<sup>a,b,\*</sup>, Mohammed Kabir<sup>a</sup>,  
Isa Sadeeq Abubakar<sup>a,c</sup>, Zubairu Iliyasu<sup>a</sup>



**77,4%**

durante el p  
sión sistem



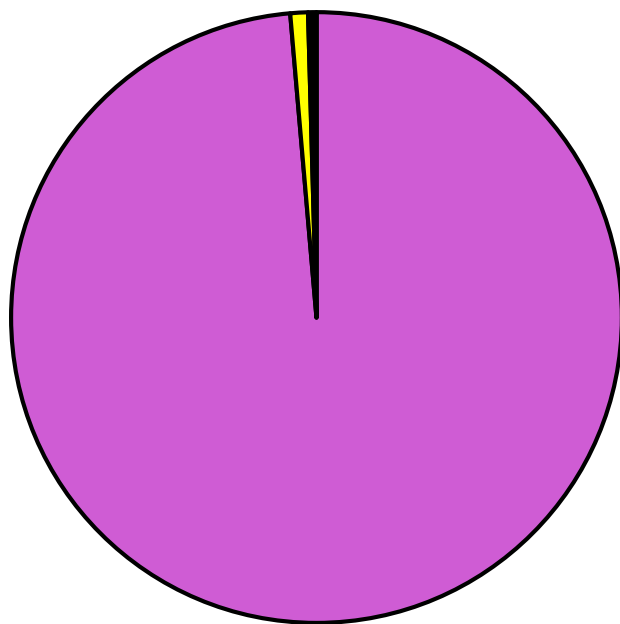
**77,3%: sólidos  
70,8%: líquidos**

Maricela Piña-Pozas,<sup>4</sup> Rodolfo Gómez Ponce

M, Madeira S, Gue  
Latina: revisión sist

# 3130 mujeres en trabajo de parto activo

## Coberturas de servicios de salud. Nacional 2019



- Partos institucionales: 98,39%
- Partos atendidos por partera: 0,93%
- Partos Atendidos Por Otro: 0,44%
- Sin Información: 0%



Cochrane Database of Systematic Reviews

**Bajo riesgo: en trabajo de parto e incluso cuando el nacimiento se da por cesárea**

**Restricting oral fluid and food intake during labour (Review)**

Singata M, Tranmer J, Gyte GML



24. For women at low risk, oral fluid and food intake during labour is recommended.<sup>b</sup>

Recommended





## **Dominio 2**

Comunicación y relación  
entre el personal sanitario  
y la paciente

# **Ausencia de postura cómoda**

**21,1% Trabajo de parto  
72%: Expulsivo**

Review paper

European Journal of Midwifery

## **Evaluating the effects of maternal positions in childbirth: An overview of Cochrane Systematic Reviews**

Marion Kibuka<sup>1</sup>, Amy Price<sup>2,3</sup>, Igho Onakpoya<sup>1</sup>, Stephanie Tierney<sup>4</sup>, Mike Clarke<sup>5</sup>

- Posición vertical acorta la 1ra etapa de TP: 1 hora y 22 min
- Reduce riesgo de cesárea en un 29%

Received: 25 April 2019 | Revised: 16 September 2019 | Accepted: 29 November 2019 | First published online: 17 December 2019

DOI: 10.1002/ijgo.13075

CLINICAL ARTICLE  
Obstetrics

WILEY

GYNECOLOGY  
OBSTETRICS



Components of obstetric violence in health facilities in Quito, Ecuador: A descriptive study on information, accompaniment, and position during childbirth

Magriet Meijer<sup>1</sup> | Thais Brandão<sup>2,\*</sup> | Sofía Cañadas<sup>3</sup> | Kirsten Falcon<sup>4</sup>

**37,2%: TP  
53,4%: Parto**



**Dominio 3**  
Incumplimiento de las  
normas profesionales de  
atención médica

**Ausencia de control  
del dolor  
51,8%**

**Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en  
América Latina: revisión sistemática y metaanálisis**

Constanza Tobasía-Hege,<sup>1</sup> Mariona Pinart,<sup>2</sup> Sofia Madeira,<sup>3</sup> Alessandra Guedes,<sup>1</sup> Ludovic Reveiz,<sup>1</sup> Rosario Valdez-Santiago,<sup>4</sup> Vicky Pileggi,<sup>3</sup> Luz Arenas-Monreal,<sup>4</sup> Anabel Rojas-Carmona,<sup>4</sup> Maricela Piña-Pozas,<sup>4</sup> Rodolfo Gómez Ponce de León<sup>6</sup> y João Paulo Souza<sup>3</sup>

**Forma de citar** Tobasía-Hege C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez-Santiago R, et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. Rev Panam Salud Publica. 2019;43:e36. <https://doi.org>



**61,1%**  
**No control del dolor**



REPÚBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO DE

( )  
27 DIC. 2013

Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTOS

**ARTÍCULO 32. ANALGESIA, ANESTESIA y SEDACIÓN.** El Plan Obligatorio de Salud cubre procedimientos de analgesia, anestesia y sedación, cuando se requieran para la realización de los procedimientos descritos en el presente acto administrativo, incluida la atención del parto.

***El control del dolor durante el trabajo de parto y parto no es una prioridad y no lo consideran una intervención rutinaria.***



## **Dominio 4** Abuso verbal

**13%: gritadas...**  
**6,8% amenazadas**

En este punto es válido  
preguntar

**17%: gritos y regaños**  
**6,3%: amenazadas**

Shreeponna Bhattacharya and Sundari Ravindran *BMC Pregnancy and Childbirth* (2018) 18:338  
<https://doi.org/10.1186/s12884-018-1970-3>

BMC Pregnancy and Childbirth

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Silent voices: institutional disrespect and abuse during delivery among women of Varanasi district, northern India



Shreeponna Bhattacharya<sup>1\*</sup> and T. K. Sundari Ravindran<sup>2</sup>

**27%: gritos y regaños**  
**13,9%: amenazadas**



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Sexual & Reproductive Healthcare

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/srhc](http://www.elsevier.com/locate/srhc)



Obstetrics violence among parturient women in Kano State, north-west Nigeria



Shaheeda Labaran Farouk<sup>a</sup>, Taiwo Gboluwaga Amole<sup>a,b,\*</sup>, Mohammed Kabir<sup>a</sup>,  
Usa Sadeeq Abubakar<sup>a,c</sup>, Zubairu Iliyasu<sup>a</sup>



## ANÁLISIS BIVARIADO

# Incumplimientos de las normas profesionales

VÍA DEL PARTO  
VAGINAL VS CESÁREA



Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 65 No. 2 • Abril-Junio 2014 • (139-151)

ARTÍCULO DE REVISIÓN

DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.61>

RACIONALIZACIÓN DEL USO DE LA  
CESÁREA EN COLOMBIA. CONSENSO DE LA  
FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y  
GINECOLOGÍA (FECOLSOG) Y LA FEDERACIÓN  
COLOMBIANA DE PERINATOLOGÍA (FECOPEN).  
BOGOTÁ, 2014

La cuestión a considerar sería...

# DISCUSIÓN

## ABORDAJE CUALITATIVO



## Nuestros hallazgos en concordancia

- a) Acciones u omisiones por parte del personal de salud.
- b) Ausencia de consentimiento informado para las maniobras y procedimientos.



La atención de un parto institucional da por sentado la omisión por parte del personal de salud del consentimiento informado para procedimientos “rutinarios”

Artículo científico

*Revista de la Universidad Industrial de Santander.  
Salud vol. 51(2), abril-junio de 2019*

### **Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible**

**Obstetric violence: making the invisible visible**

Elisa Jojoa-Tobar<sup>1</sup>; Yuler Darío Cuchumbe-Sánchez<sup>1</sup>; Jennifer Briyith Ledesma-Rengifo<sup>1</sup>; María Cristina Muñoz-Mosquera<sup>1</sup>; Adriana María Paja Campo<sup>1</sup>; Juan Pablo Suarez-Bravo<sup>1</sup>

Maniobra de Kristeller  
Restricción injustificada de alimentos  
Tactos vaginales dolorosos  
Masajes uterinos posparto  
Impedir la adopción de posiciones cómodas.

El “hábitus profesional” autoritario de los profesionales de la Medicina, basándose en la propuesta teórica de Pierre Bourdieu.

El desarrollo teórico del hábitus se establece que esta posición tiene su origen durante el proceso de formación en las facultades de Medicina

Artículo científico

Revista de la Universidad Industrial de Santander.  
Salud vol. 51(2), abril-junio de 2019

## Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible

Obstetric violence: making the invisible visible

Elisa Jojoa-Tobar<sup>1</sup>; Yuler Darío Cuchumbe-Sánchez<sup>1</sup>; Jennifer Briyith Ledesma-Rengifo<sup>1</sup>; María Cristina Muñoz-Mosquera<sup>1</sup>; Adriana María Paja Campo<sup>1</sup>; Juan Pablo Suarez-Bravo<sup>1</sup>



Pautas de género en el desarrollo del *habitus* médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica

Gender norms and the development of the medical *habitus* in the years of medical schooling and residency

Castro, Roberto<sup>1</sup>

ARTÍCULO / ARTICLE 339

SAUD COLECTIVA. Bonaer Aires, 10(03):339-351, septiembre - diciembre, 2014

Check for updates

Research Article

## Neither Medicine Nor Health Care Staff Members Are Violent By Nature: Obstetric Violence From an Interactionist Perspective

Ximena Briceño Morales<sup>1</sup>, Laura Victoria Enciso Chaves<sup>1</sup>, and Carlos Enrique Yepes Delgado<sup>1</sup>

Qualitative Health Research  
1-12  
© The Author(s) 2018  
Reprints and permissions:  
sagepub.com/journalsPermissions.nav  
DOI: 10.1177/1049732318763351  
journals.sagepub.com/home/ighr  
SAGE

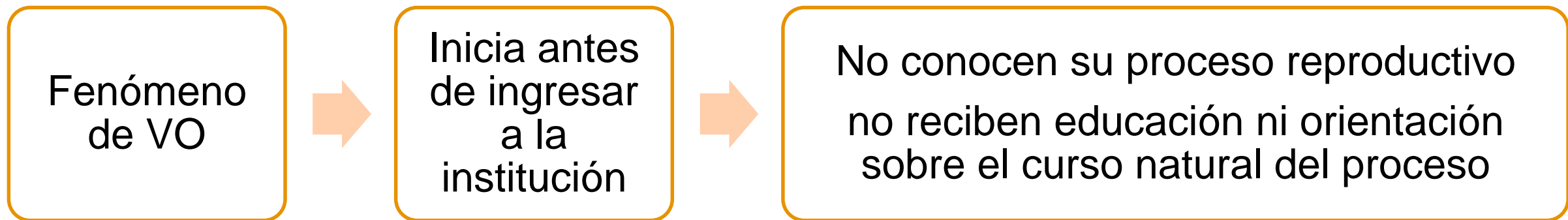
## La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: AFECTACIONES DEL DERECHO A LA SALUD Y A LAS CONDICIONES DE TRABAJO EN SALUD\*

Sara Yaneth Fernández Moreno\*

Construcción de identidades en el campo médico del actual sistema de salud colombiano: una aproximación desde el análisis de campo de Pierre Bourdieu

Identity construction in the medical field of the current Colombian health system: an approach from Pierre Bourdieu's field analysis

Victoria E. González C<sup>1</sup>



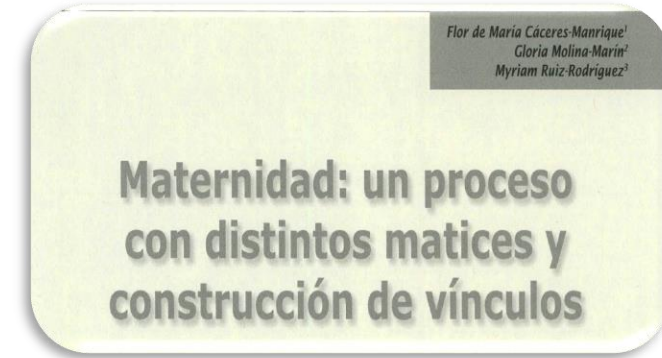
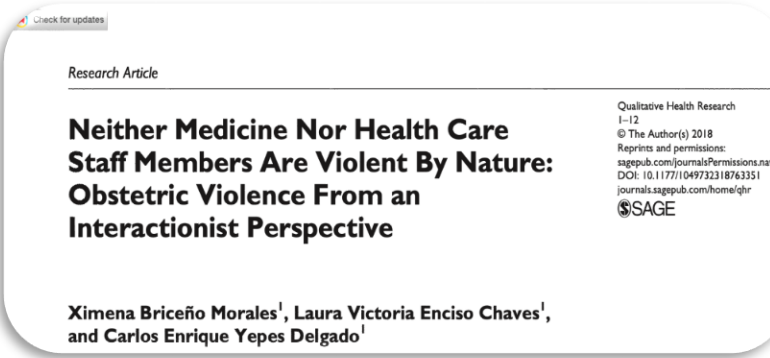
Nuestros resultados: NO fue frecuente el ofrecimiento del curso psicoprofiláctico



# Marco normativo e institucional.

- Interacción jerarquizada entre las mujeres y el marco normativo institucional
- No solo la mujer es víctima de VO, también lo es el personal sanitario: **disponibilidad de recursos e infraestructura edilicia.**

En muchos aspectos, el ambiente institucional limita al profesional y le impide ofrecer a la mujer recursos que deberían estar disponibles para su atención.



Equipo de salud que pone en práctica el modelo de humanización es otra víctimas de la VO.

Cada institución mediante su normativa y restricciones promueve una desigualdad basada en el poder adquisitivo de las personas que han sido previamente clasificadas a través de un sistema de afiliación según su nivel económico.

A pesar de que el parto institucional tiene todos los problemas que hemos mencionado bajo la directriz de una relación jerarquizada, no fue percibido así por las mujeres participantes quienes justifican el trato deshumanizado debido a la naturalización de los procesos dentro del sistema de salud que favorece dicha relación de poder

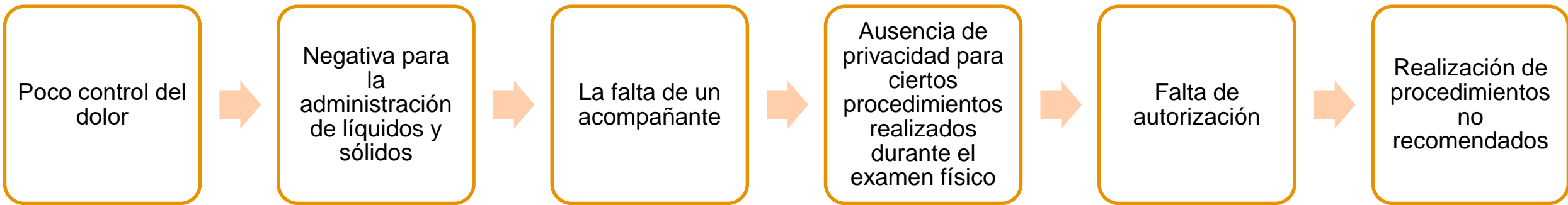
# TRIANGULACIÓN DE METODOLOGÍAS.

# ABORDAJES CUANTITATIVO Y CUALITATIVO

- VO es un evento que sigue ocurriendo a pesar de las innumerables recomendaciones de la OMS contra estas prácticas que generan **efectos no deseables a mediano y largo plazo** en la vida de una mujer.
- En nuestros hallazgos:
  - ✓ Se pone en evidencia que existe VO en el área de maternidad de las diferentes instituciones de salud de Bucaramanga.

# ABORDAJES CUANTITATIVO Y CUALITATIVO

Nuestros hallazgos desnudan dificultades de atención básica como son:



Las dificultades que la infraestructura edilicia de las IPS tiene para ofertar espacios privados, cómodos y acompañados para la atención del trabajo de parto y parto fueron evidentes



Evidencia el incumplimiento de las normas de habilitación



No se evaluó el impacto de las falencias institucionales

Toma de decisiones que realiza la paciente y su familia

Modificar la vía del nacimiento natural por un parto quirúrgico







La mayoría percibió buena calidad de la atención y confía en las instituciones de salud.



La agresión verbal



sexistas o de burla



# SUMATORIA DE TENDENCIAS

Profesionales sanitarios  
con hábitos autoritario

Mujeres que carecen de  
empoderamiento de sus  
procesos reproductivos.

Solución: cambio en el  
encuentro entre estos  
actores

# ***¡NO LEYES!***



Que intimiden y judicialicen a los profesionales sanitarios que si bien es cierto son actores generadores de VO, también son víctimas de ella.

# Fortalezas



- Es el primer estudio que se realiza en la ciudad.
- Estudio con metodología mixta
- Estudio poblacional
- El tamaño de la población evaluada fue importante

# Limitaciones



- El instrumento utilizado no estaba previamente validado
- No hubo muestreo probabilístico ni aleatorización
- No hubo representación amplia de todos los estratos sociales en la muestra evaluada

# CONCLUSIONES

No existe un consenso unánime respecto al concepto de VO, si está claro su alta prevalencia.

La tipología de violencia obstétrica se cimenta en 3 grandes dominios

Un factor sociodemográfico y 2 antecedentes obstétricos asociados a VO

# CONCLUSIONES

En nuestro estudio a través de los relatos la mayoría de mujeres tuvo la percepción de estar bien atendidas durante el parto institucionalizado.

Significado social del parto: dolor como protagonista y experimentado de manera única.

VO más prevalente fue la violencia en el ámbito institucional, dada a través de una relación de poder unidireccional



Generar acciones que eliminen toda acción violenta ejercida sobre la mujer



Fortalecer los procesos formativos durante los cursos de preparación para el parto (mujeres protagonistas y convirtiendo el parto en experiencias positivas y libres de violencia)



Realizar este proyecto nos ha demostrado que hablar de VO remueve fibras muy sensibles en las sociedades científicas, en las Instituciones prestadoras de salud, en las instituciones académicas, en las federaciones y agremiaciones profesionales y en las personas que desarrollan su actividad profesional en el área sanitaria. Pertenece a este último grupo y estamos convencidos de que, como partícipes fundamentales del problema, también lo somos de la solución. Llevar a cabo este proyecto nos ha dado una voz, una voz que deseamos usar para hacer visibles estos hechos y para sembrar las semillas de la transformación que eviten que se perpetúe en nuestra región.





65  
años

***“Para cambiar el mundo, es preciso  
cambiar la manera de nacer”***

**Michel Odent, médico obstetra francés**

**¡GRACIAS!**



Resolución N° 10820 del 25 de Mayo de 2017, mediante la cual otorga la renovación de la Acreditación Institucional de Alta Calidad a la Universidad Autónoma de Bucaramanga, con domicilio en la ciudad de Bucaramanga, por 6 años.