

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

LUIS ALFREDO ESPINOSA MEJIA, MD
DIANA MARIA ALVAREZ VEGA, MD

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Especialización en Ginecología y Obstetricia
Bucaramanga
2022



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

Presentado por:
Luis Alfredo Espinosa Mejía, MD
Diana María Álvarez Vega, MD
Residentes de ginecología y Obstetricia.

**Trabajo de Investigación para optar al Título de Especialistas en Ginecología y
Obstetricia**

Directora proyecto de grado
Dra. Eliana Maribel Quintero Roa.
Ginecóloga y Obstetra
Magister en Bioética
Directora del Programa de Especialización en Ginecología y Obstetricia UNAB

Codirectora
Dra. Claudia Milena Hormiga Sánchez
Fisioterapeuta, Magíster en Epidemiología, Doctora en Salud Pública
Coordinadora académica de Maestría en Salud Pública UNAB

Asesora metodológica
Dra. Yeny Zulay Castellanos Domínguez
Magíster en Epidemiología

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
BUCARAMANGA, SANTANDER
2022**

«Para cambiar el mundo primero hay que cambiar la forma de nacer»

Michel Odent. Médico obstetra francés.

«To change the world, you must first change the way you are born»

Michel Odent. French obstetrician.

Dr. Luis Alfredo Espinosa Mejía

DEDICATORIA

*Primeramente, doy gracias a Dios por permitirme tener la vida que tengo y disfrutar de tan buena experiencia dentro de mi universidad, gracias a ella por convertirme en el profesional que soy y en lo que me apasiona, gracias a cada docente que hizo parte de este proceso integral de formación, que dejaron huella en cada paso por ustedes. Hoy dejo como producto terminado esta tesis que perdurará dentro de los conocimientos y desarrollo de las demás generaciones que están por llegar. A mis padres y hermano, porque sin su ayuda no hubiese podido ser quien soy hoy, a mi segunda familia (suegros, cuñada y cuñado quien partió a la Gloria de Dios durante este proceso [in memoriam]. Finalmente, a nuevo hogar, mi futura esposa e hija, gracias por su enorme paciencia durante estos 4 años y ser mi fuerza en este proceso que no fue fácil, pero que hoy se ha logrado. “El amor es paciente, es bondadoso, el amor no es envidioso ni jactancioso ni orgulloso, no se comporta con rudeza, no es egoísta, no se enoja fácilmente, no guarda rencor. El amor no se deleita en la maldad, sino que se regocija con la verdad” __ **Corintios 13: 4 – 7**”.*

Dra. Diana María Álvarez Vega

DEDICATORIA

*“La vida está llena de primeras veces, de situaciones que descubrimos al comenzar algo. Esos momentos colman nuestra memoria” __ **Elvira Sastre**”, así como lo fue esta experiencia de vivencias inéditas a través de los relatos que arrugan el alma, pero dejan en claro que no se necesita como profesional vivir la misma situación muchas veces para recordar cuanto lesionamos un corazón.*

TABLA DE CONTENIDO

1 TÍTULO DEL PROYECTO	14
2 INTRODUCCIÓN.....	14
3 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	15
3.1 Planteamiento del problema.	15
3.2 Justificación	18
4 MARCO TEÓRICO.....	18
4.1 Contexto histórico y antropológico de la atención del parto.	18
4.2 El parto asistencial	21
4.3 Violencia obstétrica una expresión de la violencia de género.	23
4.4 El concepto de Violencia Obstétrica (VO)	24
4.5 Normativa Latinoamericana y Nacional: Violencia contra la mujer y la violación de sus derechos humanos.	26
4.6 Marco normativo colombiano que busca eliminar la inequidad por género.....	29
4.7 Definición de Parto humanizado.	30
5 ESTADO DEL ARTE.....	31
5.1 Evidencias: magnitud, tipologías, experiencias y explicaciones de la Violencia obstétrica.	31
5.2 Instrumentos de medición para violencia obstétrica (VO).....	40
6 OBJETIVO GENERAL	43
6.1 Objetivos Cuantitativos específicos:	44
6.2 Objetivos Cualitativos específicos:.....	44
7 METODOLOGÍA.....	44
7.1 Enfoque de la investigación.....	44
7.2 Diseño cuantitativo	46
7.2.1 Pregunta de investigación específica del diseño cuantitativo	46
7.2.2 Tipo de estudio.....	46
7.2.3 Población.....	46
7.2.4 Criterios de inclusión.	47
7.2.5 Criterios de exclusión.	47
7.2.6 Muestra y muestreo.....	47
7.2.7 Técnica.....	52

7.2.8	Instrumento	52
7.2.9	Procedimientos.....	53
7.2.10	Variables.....	54
7.2.11	Plan de análisis	54
7.3	Diseño Cualitativo	55
7.3.1	Pregunta de investigación según diseño cualitativo.....	55
7.3.2	Tipo de estudio:.....	56
7.3.3	Muestra y muestreo.....	56
7.3.4	Instrumento	56
7.3.5	Procedimiento	57
7.3.6	Plan de análisis	57
7.4	Triangulación Diálogo y encuentro entre magnitud y significado.	59
8	CONSIDERACIONES ÉTICAS	59
9	RESULTADOS.....	60
9.1	Abordaje cuantitativo	60
9.1.1	Características sociodemográficas	60
9.1.2	Antecedentes ginecobstétricos	62
9.1.3	Tipología, prácticas, situaciones y/o condiciones en la cotidianidad asistencial que representan en violencia obstétrica.....	63
9.1.3.1	Prevalencia de violencia obstétrica.....	63
9.1.3.2	Análisis del comportamiento de cada uno de los dominios	65
9.1.3.2.1	Dominio 1 según la clasificación de VO de Bohren: Restricción del sistema de salud.....	65
9.1.3.2.2	Dominio 2 según la clasificación de Violencia Obstétrica de Bohren: Comunicación y relación entre el personal sanitario y la paciente.	66
9.1.3.2.3	Dominio 3 según la clasificación de Violencia Obstétrica según Bohren: Incumplimiento de las normas profesionales de atención médica.	68
9.1.3.2.4	Dominio 4 de la clasificación de Violencia Obstétrica según Bohren: Abuso verbal	70
9.1.3.2.5	Dominios 5 de la clasificación de Violencia Obstétrica según Bohren: Abuso físico	71

9.1.3.2.6	Dominio 6 de la clasificación de Violencia Obstétrica según Bohren: Estigma y discriminación	71
9.1.3.2.7	Dominio 7 de la clasificación de Violencia Obstétrica según Bohren: Abuso sexual	72
9.1.3.3	Análisis bivariado: Violencia obstétrica y su relación con variables sociodemográficas y antecedentes ginecobstétricos.....	73
9.2	Abordaje Cualitativo	79
9.2.1	Violencia obstétrica institucional	80
9.2.1.1	Control prenatal sí, pero ausencia de curso psicoprofiláctico.....	80
9.2.1.2	Primacía de procesos administrativos para dar inicio a la atención	83
9.2.1.3	Falta de privacidad.....	84
9.2.1.4	Imposibilidad de estar acompañada	87
9.2.2	Interacción entre el personal de salud y la mujer embarazada en trabajo de parto y parto	88
9.2.2.1	Ausencia de estrategias para el alivio del dolor.....	89
9.2.2.2	Consentimiento implícito.....	91
9.2.2.3	Procedimientos indebidos.....	93
9.2.2.4	Exposición injustificada del cuerpo	95
9.2.2.5	Breve vínculo madre – hijo(a)	96
9.2.2.6	Comunicación	98
9.2.2.6.1	Respecto a las pautas de alimentación en el trabajo de parto y parto	98
9.2.2.6.2	Adopción de posturas durante el trabajo de parto y parto	100
9.2.3	Abuso verbal, estigma y discriminación.	103
9.2.4	Parto en institución de salud, una vivencia dolorosa	105
10	DISCUSIÓN.....	110
10.1	Abordaje cuantitativo: Violencia obstétrica, violencia omnipresente	110
10.2	Abordaje cualitativo.....	124
10.2.1	Violencia institucionalizada, violencia invisible.....	124
10.3	Triangulación de resultados	130

10.3.1	Abordajes cuantitativo y cualitativo.....	130
11	FORTALEZAS.....	133
12	LIMITACIONES.....	133
13	CONCLUSIONES.....	133
	REFERENCIAS	135

INDICE DE FIGURAS

Figura 1	<i>Distribución de nacimientos según sitio en Colombia en 2017.....</i>	22
Figura 2	<i>Indicadores oferta de servicios de salud 2019.....</i>	23
Figura 3	<i>Porcentaje de nacimientos según tipo de parto. Total, nacional año 2017.</i>	38
Figura 4	<i>Enfoque de la investigación</i>	45
Figura 5	<i>Estrategia de selección de participantes (mecanismo por bola de nieve y operador del ICBF).....</i>	51
Figura 6	<i>Ciclos de análisis cualitativo</i>	58
Figura 7	<i>Prevalencia de Violencia Obstétrica según número de dominios afectados.....</i>	63
Figura 8	<i>Frecuencia de afectación de los dominios que determinan la presencia de Violencia Obstétrica.</i>	64
Figura 9	<i>Prevalencia de violencia obstétrica para el dominio 1: “Restricción del sistema de salud”.....</i>	66
Figura 10	<i>Prevalencia de violencia obstétrica para el dominio 2: comunicación y relación entre el personal sanitario y la paciente.</i>	67
Figura 11	<i>Prevalencia de incumplimiento de normas profesionales de atención</i>	68
Figura 12	<i>Prevalencia de Incumplimiento de normas profesionales de atención médica en relación a la realización de procedimientos indebidos o falta de autorización para realizar procedimientos pertinentes en quienes finalizaron su gestación por vía vaginal.....</i>	70
Figura 13	<i>Prevalencia de violencia obstétrica para el dominio 4: abuso verbal.....</i>	71
Figura 14	<i>Motivo del estigma y/o discriminación hacia las participantes por parte del personal de salud.....</i>	72

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Legislación latinoamericana para la regulación de violencia obstétrica</i>	28
Tabla 2. <i>Indicadores de violencia obstétrica estudio cuantitativo, Dra. Norma Alicia Riego</i>	41
Tabla 3. <i>Parámetros considerados para reajustar el tamaño de muestra del estudio</i>	49
Tabla 4. <i>Características sociodemográficas de las participantes</i>	61
Tabla 5. <i>Antecedentes ginecobstétricos</i>	62
Tabla 6. <i>Discriminación de incumplimiento de normas profesionales de atención médica según la vía del parto</i>	69
Tabla 7. <i>Análisis bivariado para el dominio 1: restricción del sistema de salud</i>	73
Tabla 8. <i>Análisis bivariado para el dominio 2: Comunicación y relación entre el personal sanitario y la paciente</i>	73
Tabla 9. <i>Análisis bivariado para el dominio 3: Incumplimiento de normas profesionales de atención médica</i>	74
Tabla 10. <i>Análisis bivariado para el dominio 4: Abuso verbal</i>	76
Tabla 11. <i>Análisis bivariado para el dominio 5: Abuso físico</i>	77
Tabla 12. <i>Análisis bivariado para el dominio 6: Estigma y discriminación</i>	78
Tabla 13. <i>Resumen: Análisis bivariado entre dominios y variables sociodemográficas con significancia estadística</i>	79

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1.	<i>Carta aprobación comité de tesis reducción de tamaño de muestra</i>	<i>144</i>
Anexo 2.	<i>Consentimiento informado de estudio cuantitativo</i>	<i>148</i>
Anexo 3.	<i>Consentimiento informado de estudio cualitativo.....</i>	<i>151</i>
Anexo 4.	<i>Instrumento cuantitativo</i>	<i>154</i>
Anexo 5.	<i>Instrumento cualitativo</i>	<i>161</i>
Anexo 6.	<i>Manual de procedimiento para aplicación del instrumento cuantitativo.....</i>	<i>164</i>
Anexo 7.	<i>Operacionalización de variables dependientes.....</i>	<i>173</i>
Anexo 8.	<i>Operacionalización de variables independientes</i>	<i>175</i>
Anexo 9.	<i>Evaluación facial del instrumento cuantitativo, a través de metodología DELPHI por investigadoras en Quito/Ecuador</i>	<i>178</i>

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar la VO percibida por mujeres con una experiencia reciente de parto o cesárea de urgencia, a partir de los eventos que se presentaron durante su atención.

Materiales y métodos: Estudio con metodología mixta realizado entre julio/2019-enero/2021 en la comuna V de Bucaramanga. El brazo cuantitativo estuvo compuesto por 133 mujeres que tuvieron un parto vaginal/cesárea de urgencia en el año previo, a quienes se les realizó una encuesta que exploró variables sociodemográficas y los siete dominios de VO descritos por Bohren. Los datos se expresaron con porcentajes e IC-95%. En el bivariado valor de $p < 0,05$ no fueron significativos. En el brazo cualitativo, a 14 de las 133 se le realizaron entrevistas a profundidad. Los datos se evaluaron con codificación ecléctica y axial. Proyecto aprobado por el Comité de ética de la investigación UNAB.

Resultados El 54,8% de las participantes estaba afiliada al régimen subsidiado y el 38,3% al contributivo, el 76,6% recibió atención en tercer nivel y el 23,3% en segundo. El 61,5% tuvo parto vaginal. El 100% de las participantes evidenció VO. El dominio “falta de comunicación y relación entre el personal sanitario y la paciente” se detectó en el 98,5% de los casos. De este, la falta de ingesta de alimentos durante el trabajo de parto y la imposibilidad de adoptar una postura cómoda al momento del parto fueron los puntos relevantes. El segundo dominio referido (95.5%) fue “restricciones del sistema de salud”. En éste la imposibilidad de estar acompañada durante el trabajo de parto/parto y la escasa privacidad para realizar exámenes físicos fueron los puntos relevantes. El dominio “incumplimiento de las normas profesionales de atención médica se identificó en el 75.2%. En éste predominó la falta de control del dolor. Otros dominios fueron afectados en menor proporción. Los factores de significancia estadística para presentar VO fueron: tener parto vaginal, un nivel de escolaridad de primaria o menos y una paridad $>$ a 3 hijos. La evaluación cualitativa mostró cuatro categorías: a) violencia obstétrica institucional: falta de privacidad y carencia de acompañamiento por limitaciones de la infraestructura de las instituciones. b) Interacción entre el personal de salud y la mujer en trabajo de parto: limitaciones para el control del dolor, realización de procedimientos médicos indebidos (Kristeller) y afectación del vínculo madre/hijo por el poco tiempo de permanencia del recién nacido con la madre. c) abuso verbal, estigma y discriminación por cuestiones relacionadas con el ejercicio de la sexualidad d) parto en institución de salud: una experiencia dolorosa y solitaria.

Conclusión: La VO es un fenómeno multietiológico y altamente prevalente. Aunque hablar de este fenómeno remueve fibras muy sensibles, estamos en mora de implementar los correctivos que permitan controlarlo.

PALABRAS CLAVE: Violencia obstétrica, calidad de la atención, servicios de maternidad

ABSTRACT

Objective: To characterize the VO perceived by women with a recent experience of childbirth or emergency cesarean section, based on the events that occurred during their care. **Materials and methods:** Research with mixed methodology carried out between July/2019-January/2021 in commune V of Bucaramanga. The quantitative arm was composed of 133 women who had an emergency vaginal birth/caesarean section in the previous year, who underwent a survey that explored sociodemographic variables and the seven VO domains described by Bohren. Data were expressed with percentages and CI-95%. In the bivariate p values < 0.05 were not significant. In the qualitative arm, 14 of the 133 were given in-depth interviews. Data were assessed with eclectic and axial coding. Project approved by the UNAB Research Ethics Committee. **Results:** 54.8% of the participants were affiliated to the subsidized regime and 38.3% to the contributory one, 76.6% received attention at the third level and 23.3% at the second level. 61.5% had vaginal delivery. 100% of the participants evidenced VO. The domain "lack of communication and relationship between health personnel and the patient" was detected in 98.5% of cases. Of this, the lack of food intake during labor and the impossibility of adopting a comfortable posture at the time of delivery were the relevant points. The second domain referred to (95.5%) was "health system restrictions". In this the impossibility of being accompanied during labor / delivery and the poor privacy to perform physical examinations were the relevant points. The domain "non-compliance with professional health care standards" was identified in 75.2%. In this one, the lack of pain control predominated. Other domains were affected to a lesser extent. The factors of statistical significance to present VO were: having vaginal birth, a level of primary schooling or less and a parity > to 3 children. The qualitative evaluation showed four categories: a) institutional obstetric violence: lack of privacy and lack of accompaniment due to limitations of the infrastructure of the institutions. (b) Interaction between health personnel and women in labour: limitations on pain control, improper medical procedures (Kristeller) and impairment of the mother/child bond due to the short time of permanence of the newborn with the mother. (c) verbal abuse, stigma and discrimination related to sexuality (d) childbirth in a health institution: a painful and lonely experience. **Conclusion:** VO is a multi-etiological and highly prevalent phenomenon. Although talking about this phenomenon removes very sensitive fibers, we are in arrears to implement the corrective measures that allow us to control it.

Key words: Obstetric violence, quality of care, maternity services

1 TÍTULO DEL PROYECTO

Caracterización de la violencia obstétrica (V.O) desde la perspectiva de las mujeres con experiencia reciente de parto en una población de Bucaramanga.

2 INTRODUCCIÓN

La violencia es un problema social que está creciendo de forma exponencial en todas sus presentaciones. La Violencia Obstétrica se ha definido en términos generales, como un tipo de violencia de género que vulnera los derechos humanos de las mujeres, cuando es ejercida por parte del personal sanitario durante el trabajo de parto, el parto o durante la atención relacionada con la salud sexual y reproductiva. La violencia obstétrica se basa en el ejercicio de una atención sanitaria que se desarrolla en medio de una relación inequitativa de poder, entre el personal sanitario y las mujeres atendidas, donde la toma de decisiones y el trato digno se ven menoscabados hacia las pacientes, en virtud de su condición de género. Muchas publicaciones lo muestran como un problema serio y de alta prevalencia; a hoy, se desconoce cuál es su magnitud en Colombia; solo algunas investigaciones pioneras desde las ciencias sociales han realizado y reportado información al respecto. En Colombia, no existen abordajes de investigación en este tema generados desde la perspectiva de las disciplinas de la salud. Si se desea diagnosticar y controlar el fenómeno, primero se debe conocer la frecuencia del evento, sus características y posibles explicaciones, es por ello que uno de los objetivos del presente trabajo es generar aportes para llenar esta falta de conocimiento.

Para realizar un análisis integral de la problemática, se realizó una metodología de investigación mixta, que comprende un estudio cuantitativo de corte transversal el cual permitió obtener datos de prevalencia y un estudio cualitativo, desarrollado mediante entrevistas semiestructuradas con enfoque interpretativo, que ayudaron a dar una visión complementaria de la experiencia vivida por las mujeres en las salas de partos de una población del área de Bucaramanga.

Con los resultados obtenidos, se permite a corto plazo diagnosticar cual es el estado del fenómeno de la violencia obstétrica en este medio; a mediano y largo plazo, que, mediante esa información, se planteen cambios y políticas para el mejoramiento de la atención en las

salas de partos de las instituciones y de manera generalizada, se sensibilice al personal de salud para favorecer un trato digno asociado a los eventos relacionados con la atención en salud sexual y reproductiva.

3 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

3.1 Planteamiento del problema.

Resultaría ingenuo ignorar los importantes beneficios que el impacto de la medicina moderna ha traído para las prácticas de la atención del parto. A pesar de ello las prácticas sanitarias aplicadas de forma sistemática, mecanicista y medicalizada, se convierten en un paradigma negativista, siendo éste, uno de los elementos que dan pie para que se asocie la atención en salud sexual y reproductiva con actos alejados del respeto y dignidad que merecen las mujeres que la reciben(1). El paradigma predominante de la rutina y la medicalización en la atención institucionalizada del parto, ve a la mujer como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho y respeto(2). La violencia obstétrica es una consecuencia casi inevitable de la aplicación de este paradigma, vigente en casi todos los países del mundo. Puede definirse según Laura F. Belly en su escrito: *Obstetric violence: another form of human rights violation*, como el tipo de “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”(2).

El maltrato asociado a los eventos del parto que sufren las mujeres, es una realidad que infortunadamente se ha presentado desde hace mucho tiempo, sin embargo, solo en los últimos años, se ha aceptado su presencia como un hecho atado a los actos del personal de salud en la atención obstétrica. El fenómeno definido como “violencia obstétrica” muy probablemente tiene su origen y base en costumbres tradicionales discriminatorias por género(3) consideradas como normales por muchos y grandes grupos de colectivos sociales. Las ciencias sociales y humanísticas han aportado mucho en la definición y exposición de la presencia de este fenómeno(4), dado que han centrado sus tesis en la forma en que este hecho vulnera los derechos humanos de las mujeres, derechos a los

cuales se les ha dado la importancia que realmente tienen, solo desde las postrimerías del siglo XX e inicios del siglo XXI, cuando se empezaron a realizar reuniones globales y elaborar documentos que vinculan a las naciones en este ideal. Buenos ejemplos de ese proceso evolutivo, han sido la promulgación en 1993 de la Carta de los Derechos Humanos de la Mujer y de la Niña en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (documento que indujo en 1994 a que el Sistema de la Organización de Estados Americanos – OEA -, asumiera el tema de la violencia contra la mujer en su agenda pública y propiciará el desarrollo de la Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar cualquier tipo de Violencia contra la Mujer: “Convención de Belem do Para”) y la relevancia de la salud materna en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los vigentes Objetivos de Desarrollo Sostenible(5).

En ese orden de ideas, en el ámbito de la salud, se ha desarrollado una creciente preocupación por la denuncia que realizan algunas mujeres respecto de hechos asociados al parto que las hacen sentir vulneradas, situación que se ha dado en denominar de manera genérica "violencia obstétrica".

Aunque la literatura mundial sobre la violencia obstétrica no es muy prolífica, existen publicaciones de investigaciones como la realizada en el año 2016 por Sando *et al*, en Tanzania, en la zona rural al noreste del país, donde se documentó una prevalencia de trato irrespetuoso y deshumanizado asociado a la atención del parto en un 15% de las pacientes atendidas en las salas de partos(6).

En Latinoamérica existen pocos estudios que hayan evaluado la prevalencia de este fenómeno, existen publicaciones como la realizada por *P. Terán y colaboradores* en Venezuela, donde dan a conocer que hasta un 42,3% de las pacientes entre los 20 - 34 años que dieron a luz en salas de parto reportaron que percibieron un trato deshumanizador. Entre las adolescentes este porcentaje se elevó hasta el 57%(7).

En México, la cuarta Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (ENDIREH-2016), informó respecto de la violencia obstétrica cuestiones como: a) El 11,2% de las mujeres reportó haber sufrido gritos o regaños durante la atención del parto, b) El 10,3% señaló que el personal se tardó “mucho en atenderla porque decían que gritaba o se quejaba mucho”, c) El 9,9% de las mujeres fue ignorada cuando preguntaba sobre el

parto o sobre su bebé, d) El 9,2% fue obligada a permanecer en una posición incómoda o molesta durante la atención del parto, e) El 7% de las mujeres señaló haber sufrido ofensas y humillaciones por parte del personal sanitario y f) El 3,2% de las mujeres señaló que tras el parto le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé durante más de cinco horas, sin causa alguna o sin que le informaran la causa de la tardanza(8).

En el ámbito nacional se carece de estudios que documenten la magnitud de la violencia que experimentan las mujeres en las salas de parto del país. A partir de un enfoque cualitativo, *Juan Arango* evaluó los “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”, en aras de evaluar su implicación en la violencia obstétrica; concluyendo: “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”(9). Actualmente la ciudad de Medellín tiene políticas de Parto Humanizado desarrolladas por el grupo NACER (del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antioquia)(10), adscrito al Centro Latinoamericano de Perinatología, Desarrollo Humano y Salud Reproductiva de la mujer CLAP/SMR – OPS/OMS, que desde el año 2003 viene promoviendo en la ciudad políticas para favorecer la atención de un parto libre de violencia y lo más humanizado posible. En la ciudad de Popayán se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, cuya población participante fueron madres de niños menores de 2 años que asistieron a los hogares de la Asociación 31 de marzo, pertenecientes al programa 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(11). En Santander se carece de información que permita estimar la magnitud y caracterizar este fenómeno, por eso se consideró importante realizar una investigación que permitiera abordar la problemática, para que a futuro se puedan plantear políticas de salud pública que impacten de manera positiva la atención del parto.

Como dice Michel Odent, médico obstetra francés: “***Para cambiar el mundo, es preciso cambiar la manera de nacer***”(12).

3.2 Justificación

La violencia obstétrica comenzó a ser objeto de análisis y preocupación por parte del activismo social y de defensa de los derechos de las mujeres en años recientes(1). La atención del embarazo y el parto ha alcanzado importantes cifras de institucionalización en un buen número de países y Colombia no es la excepción(13). Preocupa el impacto negativo que, en esas cifras de atención institucionalizada, pueda tener el fenómeno de la violencia obstétrica (VO), entendida como: a) Una violación del derecho a la salud en el marco de los Derechos Humanos y b) Como manifestación de la violencia de género contra las mujeres. En la actual crisis del sistema de salud, se requieren soluciones urgentes tanto para garantizar el derecho de las mujeres a la dignidad en la atención de salud, como para mejorar la utilización efectiva de las instalaciones para el parto con el fin de impactar en la reducción de la mortalidad materna(11).

En este sentido, se espera profundizar en el conocimiento de la magnitud del evento y la tipificación de los tipos de violencia obstétrica que experimentan las mujeres en las salas de parto de la ciudad. Se prevé también que este proyecto contribuya a mediano plazo con el planeamiento e implementación de políticas de mejoramiento, prevención y control de prácticas que violentan a las mujeres y que se convierta en un elemento que aporte en el fortalecimiento de prácticas de atención humanizada. Como fin último a largo plazo, se estima que la socialización de los resultados obtenidos, favorezca la construcción de una sociedad más justa y que disminuyan los enormes costos sociales y económicos que implican los diferentes tipos de violencia para las personas, familias, comunidades y sociedad en general.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Contexto histórico y antropológico de la atención del parto.

Para algunas sociedades muy primitivas, el parto ocurría de forma solitaria, las mujeres debían huir y esconderse, quedando expuestas a los riesgos inherentes al parto y al entorno (el clima, la geografía y animales peligrosos)(14). El dolor era un síntoma no exteriorizado para evitar ser descubiertas, existía poco apoyo emocional por parte de la familia, pues se

consideraba el parto como un proceso tan natural, que cada mujer debía experimentarlo a lo largo de su vida.

Desde tiempos pretéritos, los misterios de la maternidad han tenido tintes sagrados: como “poseedoras del don de dar la vida y traer al mundo un nuevo ser”, las mujeres han sido vistas como algo digno de veneración. Por lo tanto, muchas civilizaciones han tenido enfoques distintos sobre cómo preparar el acto en que una vida viene al mundo para iniciar su existencia(15).

La obstetricia concebida como el “arte de partear, se define por la acción de un tercero en el arte de acompañar, proteger y cuidar a la madre e hijo en el proceso del embarazo, parto y puerperio”(14). El dolor del trabajo de parto se transforma de un síntoma no expresado, a ser manifestado por la mujer con la aparición de un tercero que acompaña el proceso(14). Es aquí donde gracias al apoyo y colaboración no solo física sino emocional, usualmente brindada por mujeres que habían sido ya madres y se esperaba fueran conocedoras del proceso de trabajo de parto, del dolor que lo acompaña y de la atención del parto y del recién nacido, que aparece la figura de la matrona, comadrona o partera.

Las parteras han jugado un papel relevante en el misterio del nacimiento. Como prueba de ello, los mexicas las tenían en gran estima social: se les llamaba *tlamatlquiticitl* y tenían conocimientos en herbología, metafísica y religión, materias que ponían en práctica cuando un niño estaba a punto de nacer o meses antes, daban consejos e indican que el embarazo debía darse en condiciones de absoluta tranquilidad para asegurar un parto lejos de todo peligro. Las mujeres mexicas daban a luz de cuclillas, en medio de un temazcal, mientras las parteras las sostenían de los talones como punto de apoyo. Tras el nacimiento del bebé, estas mujeres, muy estimadas, se quedaban con la nueva madre hasta por cinco días para cuidar de ellas(15).

Entre los egipcios, el parto también tenía diversos rituales: las mujeres se aislaban en una especie de cobertizo hecho de caña, en el patio o en el techo de sus viviendas. Se sentaban en un taburete de madera con un agujero en medio por donde pasaba el niño a este mundo. El dolor se mitigaba por medio de cerveza que la partera les ofrecía durante el proceso. Cuando el niño salía, la placenta era retirada y enterrada en la casa de la familia o arrojada a las aguas del Nilo(15).

En la cultura griega, el parto también era atendido por mujeres expertas: las *maiai*, *iatromaiai* y *onfalotomi*, cuyo significado era “cortadoras de ombligos”, encargadas de recibir al niño y ofrecer cuidados a la mujer(15).

En la edad media, las parteras también conocidas como comadronas o matronas fueron esenciales. Su papel fue descrito en “*Les anciennes hystoires rommaines*”, (un manuscrito parisino del último cuarto siglo XIV), donde se relata de manera retrospectiva, cómo fue el nacimiento de Julio Cesar, quien vino al mundo por medio de una cesárea asistida por una comadrona(15). El papel de las comadronas era fundamental para evitar la muerte de la mujer y su bebé. Usaban elementos como violetas, manzanilla, ajonjolí, aceite de almendras dulces y grasa de gallina para asear el cuarto donde se llevaría a cabo el alumbramiento o para mitigar los dolores de las mujeres. Era común ver a un gran número de asistentes en los aposentos de la futura madre asistiendo en todo momento. Además, estaban obligadas a hacer una buena labor, pues del nacimiento del bebé dependía en gran medida el futuro de las alianzas entre reinos y la herencia de un trono(15).

Otras referencias históricas más recientes (siglo XIX) de origen latinoamericano, describen como en Chile, “el parto era un ritual eminentemente femenino, donde las mujeres eran acompañadas en ese momento por su madre, abuela, suegra y partera, personaje clave en el proceso del parto”(16).

En Colombia, las curanderas, comadronas y parteras del Pacífico Colombiano, aún hoy por hoy, son el único medio de soporte en la atención del parto en aquellas comunidades donde el acceso al servicio sanitario es difícil y la tasa de partos domiciliarios es elevada. Son mujeres que con sus saberes y prácticas acompañan a las futuras madres en el proceso de crear y dar vida. Son conocedoras de los “secretos de las mujeres” sobre la salud sexual y reproductiva femenina, y desempeñan un papel protagónico en sus comunidades al ayudar a nacer la vida, haciendo “un trabajo étnico, cultural, tradicional que viene desde el principio del mundo, porque la partera es una de las principales trabajadoras del mundo para traer a toda la humanidad”(17). Un especial reconocimiento a la labor de estas personas lo dio el Ministerio de Cultura mediante la Resolución Número 1077 emitida el 25 de abril de 2017. Esta resolución le otorgó a la manifestación “Saberes asociados a la partería afro del

Pacífico” un reconocimiento especial en la lista representativa de patrimonio cultural e inmaterial del ámbito nacional y aprobó para ello un Plan Especial de Salvaguardia”(18)

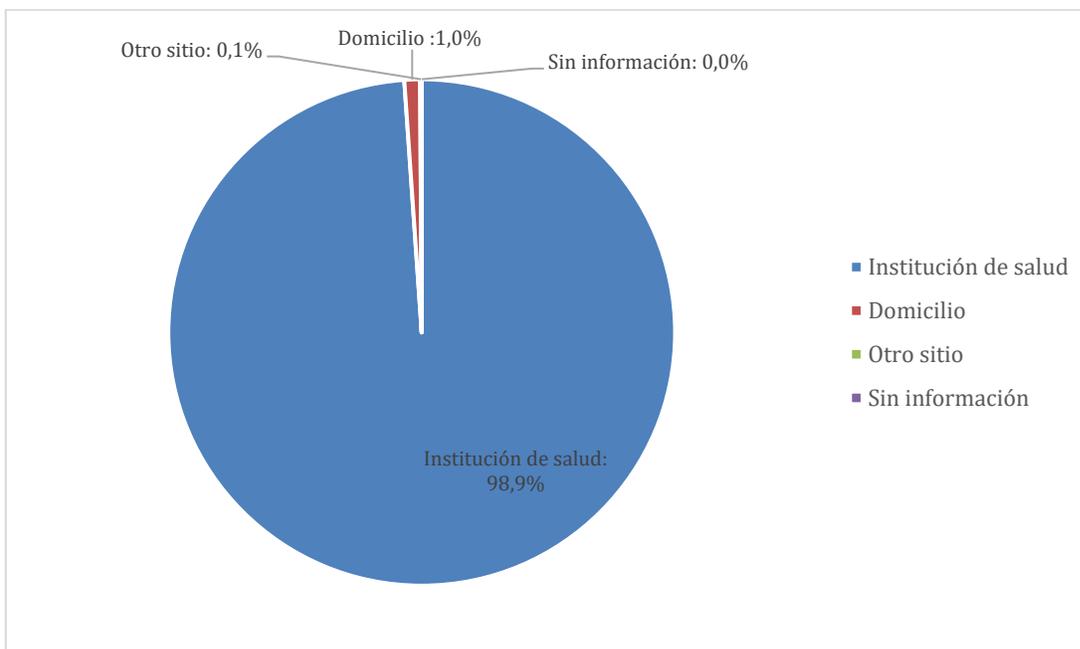
4.2 El parto asistencial

Mil seiscientos cincuenta fue un año trascendental para la obstetricia, pues fue el año en que los cirujanos en París, tuvieron acceso a la atención de los partos; fue allí donde los hombres entraron por primera vez a hacer parte de las prácticas obstétricas, hecho que luego se extendió a España y 100 años después a Alemania(14).

Hendrik Van Roonhuyze en Holanda, explicó la importancia de la realización de la cesárea sólo en casos donde había algún tipo de complicación(14). Fue en ese siglo donde la asepsia obstétrica empezó a tener auge. En 1742 Fielding Ould, preconizó la episiotomía profiláctica y en 1810 Jean Louis Boudeloque dio a conocer la importancia de solo intervenir el parto cuando fuera absolutamente necesario. Esta intervención estaba dada por la realización de la cesárea, la cual a finales del siglo XIX, con algunas modificaciones realizadas, mejoró los índices de mortalidad materno perinatal(14). Ya en el siglo XX la anestesia aportó un gran alivio al manejo del dolor, de manera tal que se convirtió en un hito en la cirugía obstétrica y permitió que la cesárea fuera cada vez más tenida en cuenta como vía de nacimiento(14).

Aunque un parto venga desarrollándose en forma normal y haya tenido adecuados controles prenatales, puede complicarse. Nadie puede asegurar lo contrario. La atención de partos en lugares no preparados, como un domicilio particular, no está exenta de riesgos. La obstetricia moderna, gracias a los avances de la tecnología en técnicas de diagnóstico, intervención y tratamiento de las enfermedades, trasladó la atención del domicilio a las instituciones hospitalarias. Este hecho impactó de manera positiva en los altos índices de morbimortalidad materno perinatal que, hasta el momento en que se hizo este cambio, se presentaban. Por ejemplo, en Colombia durante el 2017 hubo 649.401 nacimientos de los cuales el 98,9% fueron institucionalizados y solo el 1% (6.306) domiciliarios (**Ver figura 1**).

Figura 1 Distribución de nacimientos según sitio en Colombia en 2017

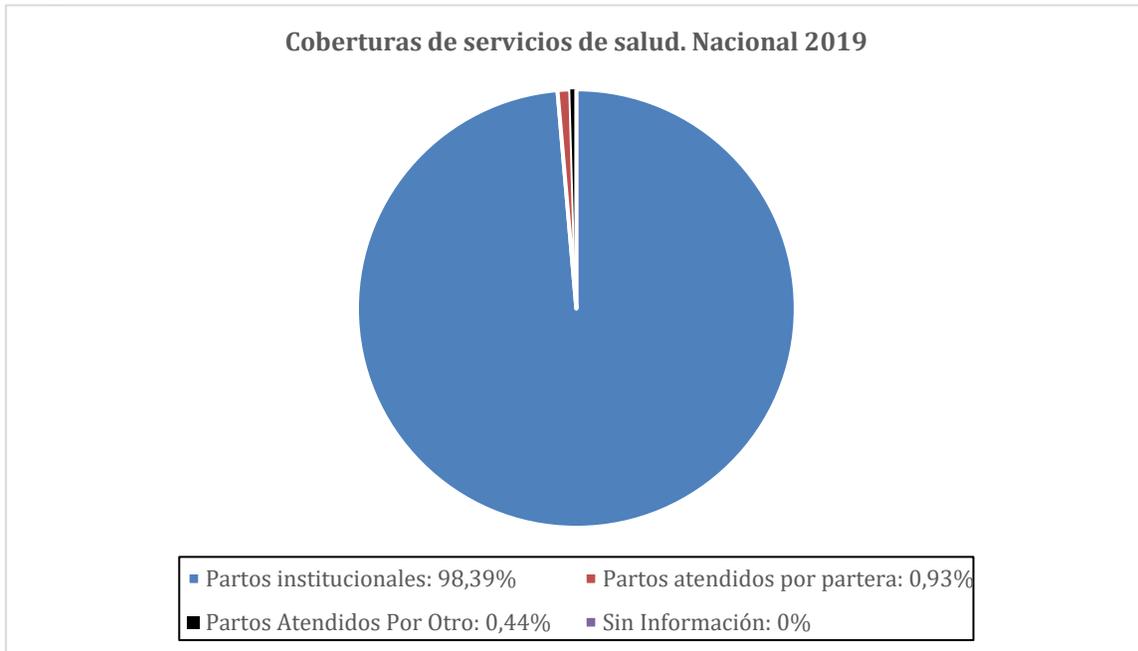


Elaboración propia. Tomado de DANE estadísticas vitales

El Informe quincenal epidemiológico colombiano del 15 de junio de 2017, donde comparan el parto domiciliario vs institucional entre el 2008 y el 2015, muestra una tasa de mortalidad perinatal y neonatal de 51,1 por 1000 nacidos vivos para el parto domiciliario vs. 4,7 por 1000 nacidos vivos para el parto institucional(19). Es este nivel de seguridad el que justifica mantener la atención del parto institucionalizado, pues todo parto puede complicarse y toda complicación debe ser resuelta de manera experta, porque corre riesgo la vida de la madre y/o del recién nacido. Para resolver una complicación se necesitan médicos especialistas, instrumental adecuado, probablemente anestesia, medicación y acceso rápido a un quirófano(20).

Actualmente el informe publicado en 2021 con datos a 2019 da muestra que aún se mantienen los datos previamente reportados de 2017 con más del 98% de los partos atendidos en instituciones de salud, esta vez los indicadores realizan discriminación por el porcentaje de partos que son atendidos por parteras y/o por otras personas fuera del sistema de salud, siendo aún cercano al 1% (en domicilio) (**ver figura 2**)

Figura 2 Indicadores oferta de servicios de salud 2019



Elaboración propia. Tomado de DANE estadísticas vitales.

Son tan importantes las cifras de mortalidad materna y perinatal y la atención institucionalizada del parto, que se consideran indicadores determinantes para establecer el grado de desarrollo de un país. “A medida que han mejorado los indicadores clínicos de salud materna, debemos enfocarnos más en la calidad de la atención y esto plantea la cuestión de la falta de respeto y el abuso que, las mujeres en trabajo de parto, tienden a sufrir por parte del personal sanitario femenino y masculino”(21). Entonces, aunque es imprescindible brindar una atención segura, también es impostergable ofrecer atención digna en la labor de parto, sin olvidar la importancia del mantenimiento de la privacidad, la humanización y la compasión por las pacientes en las instituciones de salud donde día a día se atienden las mujeres que han decidido convertirse en madres.

4.3 Violencia obstétrica una expresión de la violencia de género.

A pesar que el término de Violencia de género está en cimentación, se puede acuñar que este tipo de violencia se ejerce por la condición de mujer de las pacientes, pues la problemática está asociada históricamente con el concepto de patriarcado que convirtió a la mujer en propiedad del hombre: "así, la mujer pasaba de las manos del padre a las manos del esposo"(22), quien obtenía autoridad total sobre ella, incluso a decidir sobre su vida, ya

que era vista como objeto. Esto llevó a que el rol de la mujer fuera relegado a una mera función reproductora y en labores domésticas.

El constructo del concepto de VO no es diferente, pues es la mujer que está inmersa en este periodo, quien pasa a ser supervisada por el personal sanitario, que pasa a tomar desde las más simples decisiones (que postura se asume durante el trabajo de parto, qué tipo de alimentación se da, quien acompaña) hasta las más complejas (cuál es la vía final del parto) e incluso se toma la potestad de “corregir y/o castigar” lo que a su juicio pueden ser actitudes no correspondientes con el proceso de atención del trabajo de parto. Estas actitudes de menosprecio e irrespeto hacia la mujer en trabajo de parto pueden presentarse de formas diferentes: discriminación, agresión verbal, psicológica, física y/o sexual(23).

4.4 El concepto de Violencia Obstétrica (VO)

En 1827 apareció la primera referencia al término, como crítica a las prácticas brutales habituales en los paritorios(24). La primera referencia moderna al actual concepto de VO apareció hace poco más de 50 años, paradójicamente en lo que se consideraba un “magazín para señoras”; el *Ladies Home Journal*, revista que publicó bajo el impactante título "La crueldad en las salas de maternidad", un artículo en el que las enfermeras y las mujeres contaban historias del tratamiento inhumano que se presentaba en las salas de parto de los Estados Unidos (Schultz, 1958)(25).

No existe un concepto unánime a nivel mundial sobre la definición y delimitación estándar del significado de lo que hemos descrito de manera general como “Violencia Obstétrica”. Tal vez el punto de mayor discordancia es la determinación de cuales atenciones sanitarias se incluyen en el: ¿solo los actos relacionados con la atención del parto y el puerperio o todo acto relativo a la atención del embarazo en general y de la salud sexual y reproductiva (planificación familiar, interrupción voluntaria del embarazo, control prenatal, consulta de sexología, etc)? Para conocer las diversas posturas, a continuación, se presenta la opinión de algunos autores:

- *Pozzio* en 2016, la definió como un tipo de violencia que afecta la salud reproductiva y que está “frecuentemente presente en la atención convencional de los servicios institucionales y privados”, “que es producto del patriarcado, que se manifiesta en la

legitimación de procedimientos como la apropiación del cuerpo de la mujer y un trato deshumanizador y una patologización de sus procesos naturales”(26).

- *Farah Diaz-Tello*, abogada norteamericana, define la violencia obstétrica como “Una violación de los derechos humanos de las mujeres, una transgresión a la no discriminación, a la libertad y a la seguridad de la persona, también constituye una violación a la salud reproductiva y a la autonomía, así como del derecho a la ausencia de un trato cruel, inhumano y degradante” (27).

- *Belli LF*, en su publicación *Obstetric violence: another form of Human Rights violation*, la describe como “El tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Se expresa mayoritariamente mediante: Trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales, múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”(2).

De otra parte, autores como:

- *Monroy y García* consideran Violencia Obstétrica todas aquellas prácticas médicas que se realizan de manera rutinaria, sistemática e irrespetuosa hacia la mujer (donde se puede incluso llegar a sobrepasar la dignidad de la persona) durante la atención del parto y puerperio en las diferentes instituciones hospitalarias; considerando que el parto y el puerperio (tiempo de recuperación física para la madre después del parto), son momentos críticos de vulnerabilidad de las mujeres(2)(28).

- *Medina* en el 2001 definió la “Violencia obstétrica como toda conducta, acción u omisión, realizada por el personal de la salud que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”(29).

Como se ve, aunque existen diferentes énfasis en los conceptos de VO, también existen acuerdos en dos puntos específicos: a) la VO es una falta de respeto y un trato indigno hacia la mujer por parte del personal sanitario durante la atención de cuestiones

relacionadas con su salud sexual y reproductiva y b) ese trato irrespetuoso e indigno está sustentado en un tipo de discriminación por género.

4.5 Normativa Latinoamericana y Nacional: Violencia contra la mujer y la violación de sus derechos humanos.

En Latinoamérica, el primer país en tipificar la VO como delito en el año 2007 fue Venezuela. Para la normativa venezolana, la violencia obstétrica es “La apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres por el personal sanitario, 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”(30).

En México está vigente desde el 2008 la denominada ley de “Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia”. A pesar de la existencia de esta ley, de acuerdo a la medición realizada por la ENDIREH 2016 (que habla de la experiencia de las mujeres respecto a la atención obstétrica que recibieron en su último parto), se pudo establecer que la VO no se limita al ámbito de las instituciones públicas de salud: es claro que también se presenta en las instituciones privadas(8).

En Argentina la Ley 26.485 o “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”, en su artículo 6, inciso E, establece como VO “Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado un abuso de medicalización y patologización de procesos naturales, de conformidad con la ley 25.929 de parto respetado”. La ley 26.485 fue publicada en abril del 2009 y tiene como fines promover y garantizar(31):

- La eliminación de la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida.
- El derecho de las mujeres a vivir una vida sin violencia.
- Las condiciones aptas para sensibilizar y prevenir, sancionar y erradicar la discriminación y la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos.

- El desarrollo de políticas públicas de carácter interinstitucional sobre violencia contra las mujeres
- La remoción de patrones socioculturales que promueven y sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres.
- El acceso a la justicia de las mujeres que padecen violencia
- La asistencia integral a las mujeres que padecen violencia en las áreas estatales y privadas que realicen actividades programáticas destinadas a las mujeres y/o en los servicios especializados de violencia(31).

A pesar de que Argentina es un país pionero en materia de VO debido a que en el 2004 se sancionó y en el 2005 se reglamentó la ley 25.929 de Parto Respetado, aún las cifras de este fenómeno a 2015 son preocupantes, como lo demuestra la encuesta nacional realizada entre 2015 y 2016 por el Observatorio de Violencia Obstétrica “Las Casildas” agrupación que busca visibilizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas gestantes con 4939 encuestadas, informo que “ 3 de cada 10 mujeres no se les garantizó su derecho de estar acompañadas durante el trabajo de parto; 4 de cada 10 no estuvieron acompañadas durante el parto/cesárea, 4 de cada 10 mujeres no pudieron moverse libremente durante el trabajo de parto, 7 de cada 10 no tuvieron libertad de movimiento durante el parto, 6 de cada 10 mujeres tuvo monitoreo fetal continuo, a 7 de cada 10 les pusieron una vía (conectada a un suero, no intermitente), 6.4 de cada 10 no pudieron beber o comer durante el trabajo de parto, a 7 de cada 10 mujeres les rompieron artificialmente la bolsa, a 6.4 de cada 10 mujeres les fue suministrada oxitocina para conducir y/o acelerar el trabajo de parto, a 3.3 de cada 10 mujeres les realizaron la maniobra Kristeller en su parto, a 6 de cada 10 mujeres se les practicó la episiotomía y, de estas, 8.5 de cada 10 eran primerizas. Además, los datos muestran que 4.7 de cada 10 nacimientos fueron por cesárea y, de estas, 4 de cada 10 fueron programadas(32). A su vez, 8,8 de cada 10 cesáreas fueron realizadas a primerizas; 6,6 de cada 10 recién nacidos tuvieron contacto inmediato con su madre, pero en 6.3 de cada 10 casos ese contacto solo duró un momento” *Violeta Osorio*, integrante de la agrupación, afirmó que existe un nivel de vulneración de derechos constante y sistemático en las distintas áreas en las que se practica la atención del parto y de cesáreas”(32)

A continuación, se relacionan otras leyes vigentes en países latinoamericanos que buscan garantizar la equidad y no avalan la VO. Estas leyes fueron expuestas por la Comisión

Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Serie Asuntos de Género N° 141,(33)(34). (**Ver Tabla 1**).

Tabla 1. *Legislación latinoamericana para la regulación de violencia obstétrica (33)(34).*

País	Tipo de Regulación	Descripción de la normatividad que regula la violencia obstétrica
Bolivia	Ley de Protección integral	Si bien no se menciona expresamente, la Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida libre de Violencia (2013), en el art. 7, Incs. 8 (Violencia contra los Derechos Reproductivos) y 9 (Violencia en Servicios de Salud), se define a la primera como “acción u omisión que impide, limita o vulnera el derecho de las mujeres a la información, orientación, atención integral y tratamiento durante el embarazo o pérdida, parto, puerperio y lactancia; a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijas e hijos; a ejercer su maternidad segura, y a elegir métodos anticonceptivos seguros” Constituye violencia en servicios de salud "toda acción discriminatoria, humillante y deshumanizada y que omite, niega o restringe el acceso a la atención eficaz e inmediata y a la información oportuna por parte del personal de salud, poniendo en riesgo la vida y la salud de las mujeres.
Brasil	Otras normas	Ley 11.108/05 de Acompañamiento Durante el Parto establece el derecho de la mujer de determinar una persona de su elección para que la acompañe durante todo el período de trabajo de parto, el parto y el momento posterior al parto. La Resolución 36/2008 de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria establece un reglamento para la prestación de servicios obstétricos y de neonatología basados en la calificación, la humanización de la atención y la reducción y control de riesgos. Además, el Ministerio de Salud creó el Programa de Parto Humanizado a través de la Portaria/GM n. 569, de 1/6/2000.
Costa Rica	Otras normas	La Caja Costarricense del Seguro Social (2009) elaboró una Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Período Prenatal, Parto y Posparto con el fin de brindar los lineamientos básicos que permitan ofrecer un servicio médico oportuno, eficaz y humanizado. El Art. 12 de la Ley General de Salud (1974) enuncia que toda madre gestante tiene derecho a recibir información y control y asistencia médica durante el embarazo y el parto.
Ecuador	Otras normas	La Ley Orgánica de Salud (2006) establece que deberá promoverse y respetarse el conocimiento y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, de las medicinas alternativas, con relación al embarazo, parto y puerperio.
Panamá	Ley de Protección integral	Violencia obstétrica contemplada en la ley integral de violencia. Se define como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y

		los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato abusivo, deshumanizado, humillante o grosero.
Uruguay	Otras normas	Ley de Acompañamiento durante el Parto (Ley 17.386 de 2006) tanto para instituciones públicas como privadas Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (Ley 18.426 de 2008) menciona como objetivo específico promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados.

Tomada de: La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Serie Asuntos de Género N° 141

4.6 Marco normativo colombiano que busca eliminar la inequidad por género

En 2006 se creó en Colombia el observatorio de asuntos de género (OAG) mediante la Ley 1009(35), como un mecanismo de seguimiento desde la perspectiva de género al cumplimiento de normas nacionales e internacionales vigentes relacionadas con la equidad de la mujer y la equidad de género y con políticas públicas, planes y programas, a fin de conocer el impacto diferenciado que existe entre hombres y mujeres con el objeto de hacer recomendaciones que contribuyan a eliminar las discriminaciones y superar las inequidades que por esta causa aún se presentan en el país. Más recientemente, en el cuatrienio pasado, la Ley del Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 “Todos por un nuevo país”, buscó consolidar una política pública de equidad de género(35).

En Colombia, a la fecha, jurídicamente no se ha reglamentado la VO. Existe el “Proyecto de ley número 147-17 de 28 de junio”(36), que continúa en segundo debate en la Cámara de Representantes y actualmente en estado archivado. Sin embargo, desde 1991 la Constitución Política de Colombia en su Artículo 43, establece que “La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades, la mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación”. Esta misma Carta Magna, en el artículo 13 determina que “El estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados”(1). A continuación, se presenta un breve recuento histórico de las normas vigentes en Colombia encaminadas a garantizar un trato equitativo y digno a las mujeres:

En 2003: La Ley 823: dicta normas “sobre igualdad de oportunidades para las mujeres, garantía de sus derechos e incorporación de acciones de equidad de género a nivel nacional y territorial”(1).

En 2008: Ley No. 1257 del 4 de diciembre: establece “Normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los códigos penales, de procedimiento penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones”(1).

En 2010: Decreto 164 Mesa Interinstitucional de enero 25 de 2010: crea una Comisión Intersectorial denominada "Mesa Interinstitucional para Erradicar la Violencia contra las Mujeres"(1)

En 2012: Ley No. 1542 del 5 de julio: “Busca garantizar la protección y diligencia de las autoridades en la investigación de los presuntos delitos de violencia contra la mujer y eliminar el carácter de querellables y desistibles de los delitos de violencia intrafamiliar e inasistencia alimentaria, tipificados en los artículos 229 y 233 del Código Penal”(1).

En 2014: Ley 1719: “ Retoma el sistema Unificado de Información sobre violencia contra la mujer en concordancia con lo establecido en el artículo 9° numeral 9 de la Ley 1257 de 2008 y en el artículo 3 del Decreto Nacional 164 de 2010, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, en coordinación con la Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer y el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, asesorarán la incorporación al Sistema de Registro Unificado de Casos de Violencia contra la Mujer contemplado en dichas normas, de un componente único de información”(1).

4.7 Definición de Parto humanizado.

La OMS en su política de promoción de la salud del 2018, recomienda que: “Las instituciones deben implementar el modelo de cuidados durante el parto con recursos físicos y personal competente y motivado para la atención de la mujer en labor de parto que demanda atención, por tanto, durante este periodo, se debe respetar y brindar atención, fortalecer una comunicación efectiva de parte del personal, brindar estrategias para el alivio del dolor, realizar una vigilancia regular y permitirse la ingesta de alimentos y

líquidos por vía oral, proporcionar apoyo incondicional de un acompañante de su elección, permitir la movilidad y elección en la posición durante parto, además de contar con un plan de derivación preestablecido en caso de requerirse y una continuidad en su atención”(37). Es llamativo lo reciente de estas recomendaciones, máxime cuando desde hace ya algunos años, han aparecido publicaciones como la realizada por Steen y colaboradores *Not-patient and not-visitor: A metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care*, donde, por ejemplo, se resalta la importancia que tiene para las mujeres en trabajo de parto, contar con la presencia y soporte emocional que puede brindarles tener el acompañamiento de la pareja o de una persona cercana(38).

Como se puede evidenciar en el artículo “La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto”, escrito por Ainoa Biurrun-Garrido y Josefina Goberna-Tricas, quienes realizan una revisión de la bibliografía concluyendo “que el concepto de humanización del nacimiento resulta complejo y polisémico, y debe definirse en función de un conjunto de aspectos técnicos, éticos y actitudinales”; de acuerdo con Pozzio en la gineco-obstetricia, se incentiva a lograr una atención que sea efectivamente libre de todo tipo de violencia con el conocimiento previo y la comprensión de las formas en que se desarrolla la atención de la salud y las posibilidades reales de transformarla, ya que la mujer es el eje central en la atención humanizada(20)(26).

A nivel local, la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) en julio de 2017 definió la atención humanizada del parto (AHP) como “el cuidado de la gestante a partir de la observación de una serie de atributos con el fin de permitirle la vivencia satisfactoria del trabajo de parto y el parto. Entre dichos atributos se cuentan: respetar la fisiología del parto, intervenir solo lo necesario, identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante, brindarle apoyo emocional, darle poder de decisión y garantizar su autonomía y privacidad”(39).

5 ESTADO DEL ARTE

5.1 Evidencias: magnitud, tipologías, experiencias y explicaciones de la Violencia obstétrica.

Existen pocos estudios epidemiológicos de tipo cuantitativo a nivel internacional, que evidencian la problemática de la VO. Si bien las tipologías de "falta de respeto y abuso" y

"maltrato durante el parto en unidades de maternidad" se emplean con mayor frecuencia en estudios globales, "Violencia Obstétrica" sigue siendo el término más comúnmente operacionalizado en América Latina y el Caribe en los contextos de investigación y políticas. Varios investigadores han abogado por el uso de esas tres tipologías diferentes, asociado a que todos los términos comparten puntos en común al destacar la medicalización de los procesos naturales del parto, con raíces en las desigualdades de género y paralelos con la violencia contra las mujeres, el potencial de daño y la amenaza a los derechos de las mujeres.

Después de analizar las fortalezas y limitaciones de los métodos cuantitativos, cualitativos y de métodos mixtos para evaluar el maltrato, la literatura recomienda los diseños de métodos mixtos como la estrategia óptima para evaluar el maltrato y abogar por la inclusión de observaciones directas que puedan ayudar a cerrar la brecha entre las medidas observadas y los participantes "auto-reportando experiencias de maltrato"(40).

Con independencia del método o del marco conceptual, es importante abordar este estudio desde una perspectiva con metodología mixta que permita aparte de determinar la prevalencia y los tipos de la violencia obstétrica que se viven en los establecimientos de salud materna (con metodología cuantitativa), también caracterizar estos eventos desde la perspectiva particular de una población de mujeres mayores de edad con experiencia reciente de parto en un área de Bucaramanga (con metodología cualitativa)(40).

Como se mencionó previamente, dado que no existe una uniformidad de criterio respecto de cuáles son los eventos o actos sanitarios que constituyen lo que hemos denominado VO, se presenta una dificultad para establecer un criterio de uniformidad e instaurar los parámetros de evaluación y medición de los actos que la constituyen. Asociado a lo anterior y a la escasez de métodos de medición validados para evaluar la falta de respeto en "las instituciones de salud durante el parto", en este momento no hay reportes que proporcionen una estimación de la prevalencia del fenómeno que afecta la atención sanitaria que se brinda a las mujeres. Es de resaltar, que existe un déficit generalizado de estudios que evalúen rigurosamente el impacto de las intervenciones diseñadas para reducir la falta de respeto y el abuso, o para promover el cuidado respetuoso durante el parto, pues no se ha publicado una evaluación y análisis sistemático de la contribución relativa y mecanismos específicos mediante los cuales diferentes impulsores pueden contribuir al problema(41).

A continuación, se presenta una sinopsis de la bibliografía más relevante y recientemente publicada a nivel mundial respecto de la VO:

- En el 2007 Swahnberg et al., publicaron en los países nórdicos específicamente en Suecia el único estudio que ha intentado medir el nivel de abuso que se presenta en los establecimientos de salud. Se documentó una prevalencia del 28% de actos que pueden considerarse como constituyentes de este concepto. Sin embargo, este estudio no se centró en la atención durante el trabajo de parto y parto y se realizó en entornos sociales de altos recursos, por tanto, los resultados son poco generalizables(42).

- En 2010, Bowser & Hill en su publicación *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth*, realizaron una extensa revisión de la literatura publicada hasta la fecha en inglés. El gran aporte de estos investigadores fue que, como resultado de discusiones grupales estructuradas y entrevistas individuales con expertos informantes, pudieron identificar y definir siete categorías de actos que se consideran VO durante el Parto: a) abuso físico, b) atención sin consentimiento, c) atención no confidencial, d) cuidado no dignificado, e) discriminación, f) abandono de la atención y g) detención en las instalaciones. Se estima que varias de estas categorías pueden estar superpuestas en un mismo episodio de atención. Esta categorización fue el punto de inicio para proponer el uso de un lenguaje y definiciones más o menos estándar respecto de los principales actos que se conforman para ser involucrados en cada uno de estos parámetros(41).

- En el 2015 Bohren, Vogel & Hunter, en su artículo *The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed - methods systematic review*(43), realizaron una revisión sistemática de métodos mixtos con el objetivo de sintetizar evidencia cualitativa y cuantitativa sobre el maltrato a las mujeres durante el parto en establecimientos de salud y para desarrollar una tipología del fenómeno basada en la evidencia. Los resultados de la investigación primaria realizada en 34 países (11 países en el África subsahariana, cinco en Asia, dos en Oceanía, cuatro en Europa, cinco en África oriental y septentrional, dos en América del Norte y cinco en América Latina) mostraron una gama compleja de fallas sistemáticas en los sistemas de salud que contribuyen a la ocurrencia de VO. Establecieron además una tipología del maltrato que les permitió establecer siete temáticas o tipos de VO así: a) abuso físico (uso de la fuerza o restricciones físicas), b) abuso verbal (lenguaje rudo y uso de lenguaje amenazante o culposo) c) estigma y

discriminación (discriminación por características socio-demográficas o condiciones médicas), d) abuso sexual, e) restricciones del sistema de salud (falta de recursos, falta de políticas, cultura facilista) f) incumplimiento de las normas profesionales de atención médica (ausencia de consentimiento informado, de confidencialidad, negligencia, abandono), y g) pobre relación y comunicación entre el personal sanitario y la paciente (comunicación inefectiva, falta de soporte y cuidado, pérdida de la autonomía). Cada una de estas tipologías fue encasillada en un comportamiento determinado, lo cual permite definir a qué tipo de acto se hace referencia cuando se menciona el tipo de acción que se describe(43)

- El estudio de tipo transversal realizado por *Shreeporna Bhattacharya and T. K. Sundari Ravindran*, en el distrito de Varanasi, al norte de la India, a un grupo de 410 mujeres rurales entre junio de 2014 y agosto de 2015, evidenció una prevalencia de falta de respeto y abuso durante el trabajo de parto de un 28,8%(44).

- En Tanzania, *Sando et al*, realizaron un estudio observacional de tipo transversal, aplicando una encuesta que evaluó la prevalencia de falta de respeto y abuso de comportamientos durante el parto en un hospital de Salaam. Este informe reportó una prevalencia del 70% de malas experiencias durante la atención del parto(6).

- En Ghana, el Grupo de Maya ET, Adu-bonsaffoh K, Dako-gyeke P, Badzi C, Vogel JP, Bohren MA, et al. publicaron en el 2018 un estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas. Se realizaron grabaciones en audio a 110 mujeres. Se identificaron como los abusos más frecuentes en las salas de parto: el abuso verbal (gritos, insultos y comentarios despectivos), abuso físico (pellizcos, bofetadas) y abandono o falta de apoyo comúnmente experimentado durante la segunda etapa de trabajo de parto(45).

-En el distrito de Colombo, Sri Lanka, *Perera et al*, realizaron un estudio cualitativo con grupos focales. Participaron 28 parteras de salud pública que tenían experiencia previa trabajando en salas de parto; se realizaron seis discusiones de grupos focales con 38 mujeres embarazadas con experiencia previa en el parto. Los resultados mostraron la aplicación de poder y opresión relacionados con desigualdades estructurales de género, sociales, lingüísticas y culturales(46).

-En Sudáfrica *Silal et al.* exploraron mediante metodología mixta, combinando 1,231 entrevistas cuantitativas con dieciséis entrevistas cualitativas en profundidad a mujeres mayores de 18 años, en área urbana y rural de Sudáfrica, la existencia de barreras de asequibilidad, disponibilidad y aceptabilidad para la atención obstétrica desde las perspectivas de las mujeres que recientemente habían utilizado o habían intentado usar estos servicios. Se encontró la existencia de obstáculos en el acceso a estos servicios, prestados de manera desigual desde el punto de vista socioeconómico y geográfico, pues las mujeres del área rural mostraron tener más barreras de acceso en comparación con las de área urbana, además la interacción del profesional de salud con la paciente mostró importante deterioro en la calidad de la atención viéndolo desde de la perspectiva de rechazo a las mujeres en trabajo de parto prematuro, falta de atención del personal, abuso verbal e insensibilidad hacia las mujeres con óbito fetal(47).

-En Australia *Rhonda Small BA*, evaluó en tres grupos de mujeres inmigrantes la atención que recibieron en el hospital y comparó los hallazgos con una encuesta estatal basada en la población local obteniendo como resultado que, de los 3 grupos, solo el 27% de las vietnamitas, el 48% de las turcas y el 39% de las mujeres filipinas, informaron que su atención durante el parto y el parto eran "muy buenas", cifras significativamente inferiores a las de la encuesta estatal local, en la que el 61% de las mujeres que experimentaron modelos de atención similares describieron su atención como "muy buena"(48).

Ana Pires y colaboradores publicaron en THE LANCET su investigación, ellos evaluaron a mujeres embarazadas de países como Sudáfrica, Jamaica y Brasil encontrando una percepción de "abandono e indiferencia por parte del personal" que fue catalogada como negligencia. Se documentó también violencia verbal percibida por las mujeres respecto a los proveedores de salud expresada por un trato "desagradable, grosero, brusco, antipático o de indiferencia"(49).

- Aunque la violencia sexual por parte de los trabajadores de salud es más rara, en Canadá, EEUU, Pakistán y Turquía, se han documentado acciones relacionadas con abuso sexual hacia las pacientes(49).

- En Latinoamérica, pocos países han cuantificado este tipo de violencia. *Terán et al*, en un estudio publicado en 2013 en Venezuela, al evaluar la percepción de VO de las usuarias

del sistema de salud público, encontró un 49,4% de algún tipo de trato deshumanizante. Tan solo un 20,5% de las participantes consideró que percibió un trato no violento(7).

- *Marbella Camacaro*, igualmente en Venezuela, evaluó en un estudio publicado en el 2015, las conductas de rutina asociadas al parto constitutivas de violencia obstétrica. Encontró, por ejemplo, el uso de medicalización sin autorización en un 83,3% de los casos y la realización de episiotomía de rutina no autorizada en un 75% de las pacientes(50).

- En Perú, *Gabriela Vela* en su estudio de tesis, usando una metodología observacional, descriptiva de corte transversal, encontró que el 35% de las pacientes percibieron que la atención del parto humanizado se realizó de forma adecuada, sin embargo, el 53% de las participantes percibió que su atención de parto humanizado fue de nivel regular(51).

- En México, *Garay Núñez J*, mediante un estudio cualitativo reportaron que se ha naturalizado la violencia obstétrica en la praxis y en el cuidado de los profesionales de la salud, sin importar su género. Se ha introducido tanto en el comportamiento social, que se trata de un patrón de comportamiento que se ha “normalizado” en los servicios de atención médica durante el período de embarazo, parto y puerperio(52)

- *Fernández Moreno* en 2010, realizó un estudio donde analizó la violencia de género presente en las prácticas institucionales ejercidas en el interior de la Red Pública de Atención Hospitalaria de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (Ciudad de México), evidenciando una problemática inherente e incorporada en el quehacer diario de las instituciones observadas, que afecta tanto al personal que labora en ella, a sus prácticas institucionales, como a la población usuaria del servicio, lo cual vulnera sus derechos(53).

- En Brasil, *Ana Flávia Pires* publicó el artículo *Violence against women in health-care institutions: an emerging problem*(49), en el cual se identificaron cuatro formas de abuso violento por parte del personal sanitario compuesto por médicos y enfermeras contra los usuarios de servicios de salud. Se cree que esto puede ocurrir cuando una autoridad médica o de enfermería se ve amenazada, o percibida como siendo amenazado; en esta situación, la violencia se utiliza en un intento de restaurar la jerarquía y garantizar la obediencia. Entre los diferentes tipos de violencia identificados están: la negligencia (partos sin atención, falta de compasión por parte del personal médico), violencia verbal (trato desagradable, grosero,

brusco, antipático, humillante e indiferente) violencia física (bofetadas, golpes o nalgadas, episiotomías y episiorrafias sin analgesia), violencia sexual (es la menos frecuente de las formas de violencia), uso excesivo o inapropiado de medicamentos durante el parto y las cesáreas innecesarias(49).

En Argentina en 2016, Carlos *Herrera Vacafior* describe que se ha reconocido el derecho de las mujeres a no ser sometidas a diversas formas de violencia obstétrica como son: el cuidado deshumanizante, la medicación excesiva y la conversión de procesos biológicos en patológicos. La ley en Argentina establece el derecho de las mujeres a tener garantizada la seguridad, confort, dignidad y autonomía en los diferentes servicios de salud materna. A pesar de esto, como ya se mencionó previamente la ejecución de estas normas es limitada y no se cumple de manera deseable(54)

En Quito Ecuador en 2019 Magriet Meijer et al. basados en un estudio ya realizado en 2016 descriptivo de corte transversal combinando elementos cualitativos y cuantitativos de la experiencia del parto a 388 mujeres, completando una encuesta de 32 preguntas, divididas en seis dimensiones de la violencia obstétrica, describieron 3 factores de violencia obstétrica en centros de salud como información, acompañamiento, posición libre durante el trabajo de parto o parto mostrando que al 34%, 40,8% y 39,3% de ellas a quienes se les realizan procedimientos como episiotomía, kristeller o rotura artificial de las membranas respectivamente, no se les proporciona información previa al realizarlos. Al 45% no se les permite estar acompañadas por alguien de su elección durante el trabajo de parto o parto, incluso si el parto es por cesárea, la falta de acompañamiento aumentó a un 92,1%. Con respecto a la posición libre durante el trabajo del parto no se les permite al 37,2% y al 53,5% en el parto(55).

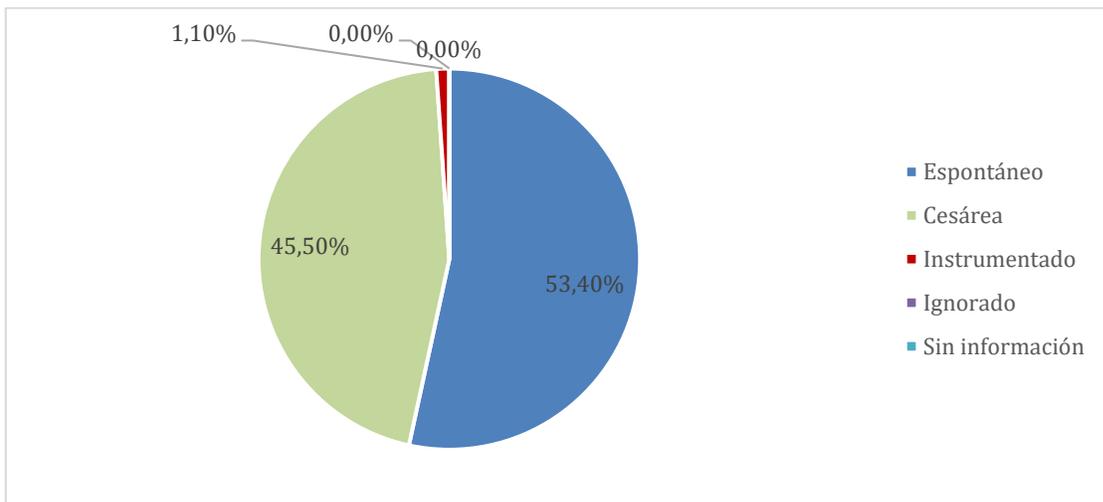
En Colombia a la fecha con respecto a estudios cualitativos, contamos con 2 publicaciones elaboradas por la Universidad de Antioquia. Los investigadores realizaron un estudio denominado "*Neither Medicine Nor Health Care Staff Members Are Violent By Nature: Obstetric Violence From an Interactionist Perspective*" donde los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas. Se realizó un total de 18 entrevistas entre 2015 y 2016, con 16 participantes en tres ciudades de Colombia, cuyo objetivo era explorar en las mujeres el significado de las prácticas de atención de la salud llevadas a cabo durante la atención del parto. La conclusión de este proyecto fue que "la VO es más bien el resultado

de un marco social violento que ha naturalizado la violencia en todos los ámbitos de la vida humana, incluyendo el cuidado de la salud”(56).

En 2019 la Universidad de Antioquia publicó el segundo estudio cualitativo “*Delivery practices at a health care provider in the city of Bogotá*”, realizado entre junio y agosto de 2017 en una IPS de atención a población afiliada al régimen contributivo, habilitada según normatividad vigente. Dicho estudio “estableció que la atención durante el parto pone a las mujeres en una posición subordinada respecto al personal de salud y que las prácticas son ejercidas rutinariamente y sin la suficiente coordinación, lo que se aúna a fallas en la comunicación y se traduce en una vulneración de sus derechos durante la atención”(57).

Se ha descrito como generador de violencia obstétrica la medicalización excesiva expresada en los altos índices de cesáreas. La OMS recomienda que el porcentaje de partos quirúrgicos se mantenga en general entre el 10 a 15% de todos los nacimientos. Sin embargo, en Colombia esa cifra cuadruplica dicho porcentaje. La Dirección de Censos y Demografía de Estadísticas Vitales informó que “durante el 2017 se presentaron 350.576 nacimientos con tipo de parto espontáneo, lo cual equivale al 53,4% del total nacional, los partos por cesárea alcanzaron los 298.560 casos que equivalen al 45,5% del total de nacimientos del país. En los últimos diez años el porcentaje de nacimientos con tipo de parto espontáneo pasó de 60,9% en 2008 a 53,4% en 2017 con una variación de -7,5%. Las cesáreas pasaron de un 37,2% en 2008 a 45,5% en 2017”(19)(**Ver figura 3.**)

Figura 3 Porcentaje de nacimientos según tipo de parto. Total, nacional año 2017



Elaboración propia. Tomado de DANE estadísticas vitales

Teniendo claridad de la existencia del problema de VO a nivel mundial, pero siendo conscientes también de sus múltiples formas de presentación y severidad, dadas seguramente por cuestiones antropológicas y demográficas propias de cada entorno social, es que se han propuesto varias vías de acción:

1. Intervenciones en la formación, procesos de socialización, trabajo grupal, y mejoramiento de las condiciones de trabajo del personal sanitario vinculado con la atención de las mujeres(49).
2. Que las organizaciones internacionales como la OMS, el Consejo Internacional de Enfermería y la Asociación Médica Mundial le den el reconocimiento e importancia que la problemática tiene, para que lideren los procesos de investigación y mejoramiento pertinentes(49).
3. El reconocimiento y la acción también deben darse a nivel nacional por parte de los gobiernos y los organismos reguladores y a nivel local mejorando las prácticas de la salud y la organización de la acción comunitaria(49).

A este respecto es de resaltar que la OMS (Organización Mundial de la Salud) declaró en su Boletín *“The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth”* que *“Toda mujer tiene derecho a recibir atención en salud con los más altos estándares de calidad, lo cual incluye el derecho a una atención digna y respetuosa libre de violencia y discriminación, con el fin de prevenir y eliminar la falta de respeto y el abuso durante el parto en establecimientos de salud a nivel mundial”*. En esa misma publicación, la OMS emitió a todas las naciones, las siguientes recomendaciones encaminadas a disminuir y controlar el problema de la Violencia Obstétrica(58):

- a) Que se brinde un mayor apoyo de los gobiernos para el desarrollo de investigación y acción sobre la falta de respeto y el abuso(58).
- b) Iniciar, apoyar y sostener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, con un fuerte enfoque en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad(58).
- c) Hacer hincapié en los derechos de las mujeres a la atención de salud digna y respetuosa durante todo el embarazo y el parto(58).
- d) Generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, requiriendo sistemas de rendición de cuentas y apoyo profesional significativo(58).

- e) Involucrar a todas las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas irrespetuosas y abusivas(58).

Hechas estas anotaciones, a la fecha, en Colombia no existen estudios que nos permitan evaluar la prevalencia de VO, ni la tipología del fenómeno en el entorno. A nivel local tampoco se dispone de conocimiento al respecto. Justamente, llenar ese vacío de conocimiento con respecto al estado actual de la VO en la ciudad y su área metropolitana, es uno de los objetivos que sustentan el presente proyecto. Generar aportes para realizar el diagnóstico de esta temática en la región, determinar la gravedad del mismo y caracterizarlo en sus diversas modalidades fueron los alcances que se plantearon de manera adicional.

5.2 Instrumentos de medición para violencia obstétrica (VO).

Se han planteado diferentes escalas de medición con el objetivo de tipificar las características a tener en cuenta para referirse a la VO. Existen diferentes metodologías para la medición de la violencia obstétrica en los países del mundo:

En 2010, Bowser & Hill publicaron una revisión de la literatura donde tipifican dominios o características a tener en cuenta como violencia obstétrica, dentro de las que se encuentran: abuso físico, atención no autorizada, atención no confidencial, atención no dignificada (incluyendo abuso verbal), discriminación basada en características particulares de las mujeres, abandono durante la atención y detención en las instalaciones(41)

En 2014 la OMS propuso el instrumento VAW(59), compuesto por 13 preguntas que miden la violencia psicológica (cuatro), física (seis) y sexual (tres). Este instrumento mostró una buena consistencia interna, lo que indica que proporciona una medida confiable y válida de estos tipos de violencia. Para la aplicación de este instrumento se utilizaron datos de los estudios de cohorte de nacimientos brasileños Ribeirão Preto y São Luís (BRISA). La muestra consistió en 1,446 mujeres embarazadas de São Luís y 1,378 de Ribeirão Preto, entrevistadas entre 2010 y 2011. Concluyeron que la violencia es un constructo multidimensional de segundo orden que consta de dimensiones psicológicas, físicas y sexuales(59). El modelo VAW de la OMS y los modelos modificados del instrumento

aplicado son adecuados para medir la violencia de pareja contra las mujeres embarazadas”(59). Este cuestionario valoró 3 tipos de violencia: física, psicológica y sexual en pacientes embarazadas. Dado que no incluyó los otros ítems de tipificación de la violencia en las salas de parto, no se consideró aplicable para el estudio que se está proponiendo.

La Dra. Norma Alicia Riego Azuara, realizó en el 2015 en la zona conurbada de Veracruz-Boca del Rio en México un estudio con el objetivo de conocer el índice de violencia obstétrica que se presentaba en hospitales de esta zona. Desarrolló una investigación cuantitativa, descriptiva y transversal. La población estuvo constituida por 132 Mujeres que manifestaron haber tenido por lo menos un parto o cesárea en los últimos tres años (2012 al 2015). El test utilizado consideró los siguientes indicadores(60) (**Ver tabla 2**)

Tabla 2. *Indicadores de violencia obstétrica estudio cuantitativo, Dra. Norma Alicia Riego(60)*

INDICADORES	SI	%	NO	%
Comentarios irónicos	28	20,9	106	79,1
Llamada por sobrenombres	61	45,5	73	54,5
Fue criticada	42	31,3	92	68,7
Respuesta de mala gana	51	38,1	83	61,9
Obligada a permanecer boca arriba	77	57,5	57	42,5
Impedimento a caminar o buscar posición	68	50,7	66	49,3
Impedimento a estar acompañada	72	53,7	62	46,3
Contacto inmediato con el recién nacido	42	32,3	92	68,7
Sentimiento de no haber colaborado	29	21,6	105	78,4
Sentimiento de culpa, vulnerabilidad o inseguridad	61	45,5	73	54,4
Rasurado de genitales	59	44	79	56
Enema	19	14,2	115	85,8

Indicación de permanecer acostada	91	67,9	43	32,1
Rotura artificial de la bolsa	33	24,6	101	75,4
Administración de oxitocina	58	43,3	76	56,7
Tactos vaginales por diferentes personas	79	59	55	41
Comprensión del abdomen al momento del parto	48	35,8	86	64,2
Episiotomía	53	39,6	81	60,4
Cesárea	31	23,1	103	76,9
Raspaje del útero sin anestesia	9	6,7	125	93,3

Tomado de la Revista Electrónica de PortalesMedicos.com - ISSN nº 1886-8924

Como resultado, se obtuvo que 97% del total de las mujeres encuestadas refirieron más de dos indicadores de VO, lo cual reflejó que, de cada 10 mujeres embarazadas nueve vivieron la experiencia de un parto desagradable y deshumanizado(60)

En 2016, en las zonas urbanas de Tanzania se presentaron los resultados de una evaluación de prevalencia de conductas irrespetuosas y abusivas durante el parto en un hospital de referencia en Salaam. Se realizaron entrevistas posparto inmediatamente antes del egreso del establecimiento a 1914 mujeres muestreadas. El 15% de las mujeres manifestaron haber experimentado por al menos una ocasión, trato deshumanizador siendo las formas más comunes de abuso e irrespeto: a) el abandono (8%), b) la atención no digna (6%) y c) el abuso físico (5%)(6).

Entre el 1 de julio de 2016 a 1 de julio de 2017 en Quito Ecuador, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal combinando elementos cualitativos y cuantitativos de la experiencia del parto a 388 mujeres, completando una encuesta de 32 preguntas, divididas en seis dimensiones de la violencia obstétrica. Se evidencio que 259 (66,8%) dieron a luz por vía vaginal y 129 (33,2%) dieron a luz por cesárea. Entre las 120 mujeres que dieron a luz por primera vez, 62 (51,7%) tuvieron una episiotomía en la segunda etapa del parto, la presión del fondo uterino (maniobra de Kristeller) se realizó en 49 (19.4%) de 252 mujeres. En general, 196 (50,5%) informaron que no se les permitió participar en el vínculo temprano y 135 (34,8%) que no recibieron apoyo para el inicio de la lactancia materna(61)

Desde el Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO) en Argentina, propulsado por “Las Casildas” se lanzó un instrumento con el objetivo de medir a nivel nacional durante 6 meses (desde el 13 de febrero de 2018 hasta el 14 de agosto de 2018) un índice de violencia obstétrica. Por el momento no contamos con resultados de su estudio a la fecha, no obstante, ya se cuenta con informes preliminares de sus hallazgos(32).

En el 2016 Caballero *et al*(62) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la fiabilidad y validez al español del contenido y concepto de la Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale, escala para medir la satisfacción de las mujeres con el parto y el nacimiento. Se utilizó el método de traducción-retrotraducción para obtener una versión adaptada de la escala. La escala se tradujo al español y se adaptó a la población española. Se administró después de una prueba piloto con mujeres que cumplían con los criterios de inclusión. La estructura de la escala se obtuvo mediante un análisis factorial exploratorio con una muestra de 304 mujeres(62). El estudio se realizó en cuatro hospitales universitarios; Alicante, Elche, Torrevieja y Vinalopo Salud de Elche. Los criterios de inclusión fueron las mujeres de 18 a 45 años de edad que acababan de dar a luz a un bebé vivo con un embarazo único de 38 a 42 semanas a través del parto vaginal. Las mujeres que tenían dificultades para hablar y entender el español fueron excluidas. Se pudo concluir que este modelo anidado para explicar la estructura interna de MCSRS-E, puede adaptarse a diferentes escenarios de práctica clínica mejor que las otras estructuras aplicadas hasta la fecha y es un instrumento flexible que se puede utilizar para identificar los aspectos que deben cambiarse con el fin de mejorar la satisfacción de la atención recibida por parte del personal médico y de enfermería(62). Sin embargo, los parámetros y dominios que se reconocieron en la publicación de Bohren como de mayor relevancia para la evaluación de la presencia de VO, no son explorados en su totalidad en este cuestionario, razón por la cual se descartó su aplicación en este proyecto.

6 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la violencia obstétrica percibida por mujeres con experiencia reciente de parto en una población de Bucaramanga, a partir de los eventos que se presenten producto de la interacción entre la paciente gestante y las instituciones y/o su personal sanitario, durante

la atención recibida en el trabajo de parto, parto y primeras horas del puerperio y/o la realización de una cesárea de urgencia.

6.1 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

6.2 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.

7 METODOLOGÍA

El término metodología hace referencia a la forma cómo se orientan las problemáticas y de esta manera se buscan soluciones a las mismas. Los supuestos teóricos, perspectivas, y propósitos, llevan a seleccionar una u otra metodología.

7.1 Enfoque de la investigación

Los métodos mixtos de investigación, son cada vez más frecuentes en la investigación en salud. Su interés se justifica porque permiten aumentar el rigor metodológico y realizan contribuciones a la investigación de manera más profunda. La complejidad de algunos problemas relacionados con la salud requiere ampliar la visión de lo estudiado para permitir una mayor comprensión de los fenómenos. El propósito de este proyecto es responder a

los planteamientos definidos en los objetivos antes mencionados, por medio de un abordaje secuencial de tipo cuantitativo y cualitativo, los cuales, mediante un proceso de triangulación permitirán la integración de los mismos. De manera particular los hallazgos del diseño cualitativo contrastan y complementan los hallazgos del diseño cuantitativo. *Julia Brannen* expresa la razón de las “tres P” para optar por esta metodología: paradigmáticas, pragmáticas y políticas(63). “En las razones paradigmáticas, el método cuantitativo y cualitativo provienen de dos corrientes filosóficas distintas: el primero de una línea positivista, que supuestamente busca la verdad, y el segundo de una línea más bien interpretativa, que trata de supuestamente entender esa realidad(63). Dentro de las razones que conducen a este tipo de investigación está su vinculación con fines prácticos o políticos, lo cual la hace sumamente valiosa para efectos de la toma de decisiones. En cuanto a las razones políticas de conducir investigaciones mixtas está conectarla justamente con el ¿para quién? y ¿para qué? Debido al enfoque que este tipo de investigación da a estas preguntas, es que se puede decir que se encuentra más vinculada a las razones pragmáticas de la investigación que a las paradigmáticas”(63). La meta de la investigación mixta no tiene por objetivo reemplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación que al combinarse minimizan sus debilidades potenciales.

De acuerdo a lo expuesto por Hernández-Sampieri (2014) este estudio corresponde a una metodología mixta con un diseño explicativo mediante la aplicación secuencial de un diseño cuantitativo y un diseño cualitativo con posterior proceso de triangulación en el que se integran los resultados de cada diseño(64). **(Ver figura 4)**

Figura 4 Enfoque de la investigación



7.2 Diseño cuantitativo

El enfoque cuantitativo es el abordaje metodológico para la investigación más usada en las ciencias médicas, pues se parte del raciocinio deductivo, proceso en el cual el investigador comienza con una teoría o estructura establecida, en donde los conceptos ya fueron reducidos a variables, recolectando evidencia para evaluar o probar si la teoría se confirma y así, procura proporcionar un enfoque neutral, objetivo, uniforme y reproducible; basado en cifras que permiten investigar, analizar y comprobar información y datos, para correlacionar la fuerza de las variables y la generalización de cada uno de los resultados obtenidos en la población a estudio(65).

7.2.1 Pregunta de investigación específica del diseño cuantitativo

¿Cuáles son la prevalencia y factores asociados a violencia obstétrica que se presentan en las mujeres mayores de 18 años con experiencia reciente de atención del parto en una población de Bucaramanga?

7.2.2 Tipo de estudio

- Estudio de corte transversal con alcance analítico.

7.2.3 Población.

Se determinó que la población a evaluar serían las mujeres con experiencia de parto reciente (menor a 1 año) que vivían en la comuna 5 (García Rovira) de la ciudad de Bucaramanga (incluye los barrios Quinta Estrella, Alfonso López, La Joya, Chorreras De Don Juan, La Estrella, Primero De Mayo y Campo Hermoso). Las características poblacionales de esta comuna se extrajeron de los reportes estadísticos publicados por el Departamento Nacional de Estadística (DANE) en 2017(19). Allí se estableció que esta comuna era habitada por 48132 personas y que anualmente se presentaban 730 nacimientos. Con estos datos se calculó un tamaño muestral de 248 participantes, para un poder estadístico del 80%, una precisión del 5% y una significancia estadística del 95%.

7.2.4 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.

7.2.5 Criterios de exclusión.

- Ser extranjera
- Persona que por sus características particulares pueda ser considerada víctima del conflicto interno del país.
- Paciente 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.
- Paciente 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.

7.2.6 Muestra y muestreo.

El mecanismo de contacto inicial con las potenciales participantes se estructuró en el sector de la Comuna 5 de Bucaramanga, a través, de un muestreo por conveniencia de mujeres residentes durante al menos 6 meses en la zona, que hubieran tenido la experiencia de un parto vaginal y/o cesárea de urgencia en el año previo a la realización de la encuesta. A estas primeras participantes una vez ingresaron al proyecto se les solicitó información sobre otras personas que vivieran en la misma comuna y cumplieran con las características ya descritas. Cuando se identificaron potenciales participantes se le solicitó a quien aportaba la información una dirección o teléfono de contacto. Se contactaba la persona en la vivienda o por vía telefónica, se le explicaban los objetivos del estudio, se le invitaba a participar y

se pactaba una cita presencial o telefónica en los horarios acordados por ambas partes. Si la persona aceptaba participar se le explicaba y firmaba el consentimiento informado, para posteriormente diligenciar la encuesta. Una vez finalizado el proceso se preguntaba a la persona si era posible que referenciara a potenciales participantes. Mediante esta estrategia ingresaron al proyecto las primeras 46 participantes.

En marzo del 2020 la aparición de la Pandemia por Covid-19 y la consecuente implementación de los mecanismos de control sanitario impuestos por las autoridades locales y nacionales (que incluyeron restricciones importantes para la movilidad y el contacto personal), pusieron en riesgo la viabilidad del proyecto. Ante esa situación, el equipo de investigación replanteó el proyecto modificando dos puntos claves: a) la metodología de contacto y b) el tamaño de la muestra. Una vez proyectados los cambios se elaboró una comunicación dirigida al Comité de Tesis solicitando su aprobación para implementarlos. El día 14 de septiembre de 2020 recibimos la carta de respuesta de parte del comité dando el aval para proceder con las modificaciones que consistieron en: (**Ver anexo 1**)

- a) Modificación en la metodología de contacto: mediante integrantes del proyecto adscritos a la UNAB, se contactó al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y a los operadores de los programas de apoyo a las madres de niños menores de 5 años adscritos al mismo, que persistieran activos durante la pandemia, para pedirles: a) su autorización para contactar a las participantes de sus programas y b) su colaboración explicando a las madres la existencia del proyecto y la autorización de quienes deseaban participar, para ser contactadas por uno de los investigadores principales por vía telefónica o mediante mecanismos virtuales. Una vez autorizados por el ICBF y previa autorización de quienes expresaron interés en participar, se procedió a contactarlas. De una población potencial de 250 mujeres participantes en los 5 grupos del operador, 117 cumplieron con los criterios de inclusión, estas potenciales participantes fueron contactadas mediante llamada telefónica, 30 fueron excluidas porque: a) finalizaron su parto por cesárea programada, y b) no pudieron ser contactadas dado que el número telefónico correspondía a un familiar o estaba desactivado. Finalmente, de estas, se incluyeron 87 participantes. Se acordó con ellas el día y hora en que podrían atender a los investigadores mediante una llamada telefónica. El investigador se identificaba

como Residente de la Especialización en Ginecología y Obstetricia de la UNAB. Se explicaban los objetivos del proyecto y se invitaba formalmente a participar en las dos fases del estudio (fase cualitativa y fase cuantitativa). Una vez obtenida una respuesta afirmativa, se tomaba el consentimiento informado verbal, grabado mediante nota de voz (almacenada en carpeta de cómputo). Una vez surtido este proceso, se aplicaba el cuestionario, el cual se exportaba y almacenaba mediante el programa Lime Survey. Una vez finalizado el interrogatorio, se le ofreció a cada participante la posibilidad de recibir asesoría en puericultura, planificación familiar y tamizaje de cáncer de cuello uterino. Las llamadas de los contactos que sí pudieron ser efectivos tuvieron una duración promedio de 45 minutos cada una.

- b) Modificación del tamaño de la muestra, calculado de la siguiente manera: De acuerdo con los resultados obtenidos en la prueba piloto del estudio y del análisis preliminar tabulado con las 46 participantes iniciales, se analizó el comportamiento de los tres principales dominios de la violencia obstétrica (restricción del sistema de salud, comunicación entre el personal sanitario y la paciente y el incumplimiento de normas profesionales de la atención médica). En los tres dominios se encontraron proporciones por encima del 80% así: restricción del sistema de salud 95,6%, comunicación entre el personal sanitario y la paciente 91,3% y el incumplimiento de normas profesionales de la atención médica 82,6%. Manteniendo el parámetro de la población de 730 nacimientos, un nivel de confianza de 95% y una precisión del 5%, el mayor tamaño de muestra requerido fue de 127 participantes. **(Ver tabla 3)**

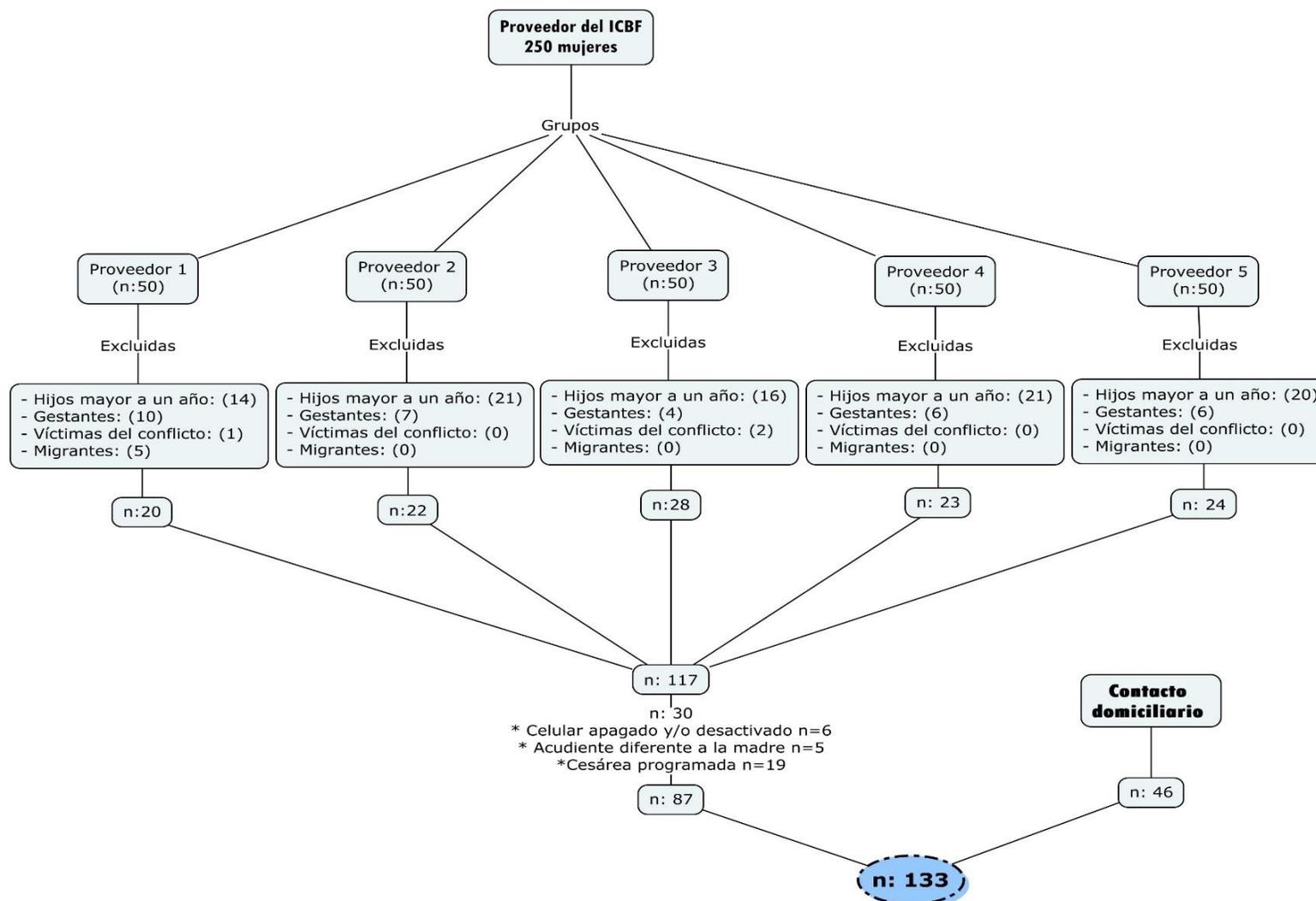
Tabla 3. *Parámetros considerados para reajustar el tamaño de muestra del estudio*

DOMINIO	Violencia n (%)	Tamaño de muestra
Restricción del sistema de salud	44(95,6)	43
Comunicación y relación entre el personal sanitario y la paciente	42(91,3)	76
Incumplimiento de las normas profesionales de atención médica	38(82,6)	127

Fuente: Elaboración propia.

El proceso total de recolección se realizó entre julio del 2019 y enero del 2021, fecha en que se completó el tamaño de muestra ajustado. De las 133 participantes finales, 46 se vincularon al proyecto mediante el mecanismo de bola de nieve, los 87 restantes lo hicieron mediante contacto telefónico previa autorización de la participante. *La figura 5* muestra el proceso de selección de las participantes.

Figura 5 Estrategia de selección de participantes (mecanismo por bola de nieve y operador del ICBF)



* Motivo de no ingreso de la participante al estudio

7.2.7 Técnica

Como previamente se mencionó, una vez identificadas y localizadas las mujeres pertenecientes a los grupos del operador adscrito al ICBF, los investigadores, mediante llamada telefónica, establecieron contacto con las participantes garantizando el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. Se explicó detalladamente en qué consistía el proyecto y sus objetivos. De manera muy especial, se ahondó al momento de realizar el Consentimiento Informado (CI) en el tipo de preguntas que se realizarían y en los temas que se abordarían, con la finalidad de que quienes aceptaron participar tuvieran claridad y conocimiento de la temática en estudio, evitando la posibilidad de revictimización de alguna participante.

7.2.8 Instrumento

Para evaluar la prevalencia y caracterizar los tipos de violencia obstétrica, dado que no hay cuestionarios validados para este fin en el contexto colombiano, se diseñó por parte del grupo investigador un cuestionario que aborda los 7 dominios de interés en este tema descritos en la tipología de Violencia Obstétrica de Bohren y colaboradores: abuso físico, abuso verbal, abuso sexual, estigma y discriminación, restricción del sistema de salud, incumplimiento de las normas profesionales de atención médica y pobre relación y comunicación entre el personal sanitario y las mujeres. Para cada dominio se incluyeron preguntas que definen la ocurrencia del acto violento y otras adicionales que permiten caracterizarlo. Para determinar la presencia del fenómeno de VO se seleccionaron las primeras (**ver anexo 4**)

El instrumento se estructuró en dos partes: una primera de identificación y determinación de factores sociodemográficos y la segunda con preguntas cerradas y abiertas relacionadas con la operacionalización de los tipos de VO mencionados (**ver anexo 4**).

Para el adecuado diligenciamiento del instrumento se realizó un manual explicativo del mismo. Dicho manual permitió a los encuestadores identificar, delimitar e interpretar mejor los eventos específicos que se abordaron en cada tipo de pregunta y situación explorada (**ver anexo 6**).

Se realizó una depuración y estandarización del cuestionario mediante una prueba piloto que contó con 10 participantes. Esta prueba permitió reorganizar y ajustar las preguntas del dominio “abuso sexual”, en el cual se evidenció que existía dificultad en la interpretación por parte de las participantes. Para ver el instrumento revisar el **(Anexo 4)**

Se realizó una validación y aplicación del instrumento mediante metodología DELPHI, que contó con dos evaluaciones:

1. Integrantes del grupo EXPERIENCIAS DEL PARTO de Quito Ecuador. Este colectivo académico está conformado por profesionales de la psicología y la enfermería; uno de sus principales temas de investigación está relacionado con la Violencia Obstétrica. Han realizado diversas publicaciones y actualmente continúan trabajando en esta área. Se contactó por correo electrónico a la coordinadora del equipo ecuatoriano y se le solicitó su colaboración en la evaluación del instrumento. El día 20 de agosto de 2019 recibimos respuesta a nuestra solicitud, allí nos aportaron sus impresiones y sugerencias **(Ver anexo 9)**.
2. La segunda evaluación se le solicitó a uno de los epidemiólogos de mayor experticia en investigación cuantitativa del grupo de epidemiología clínica, adscrito al Centro de Investigaciones Biomédicas y psicosociales de la Facultad de Ciencias de la Salud UNAB.
3. Estas personas a través de una ronda de preguntas dirigidas evaluaron el instrumento. Con base en los aportes que enviaron se realizaron ajustes al mismo. Una vez depurado el instrumento, se trasladó a un software de creación de encuestas que se encuentra libre en la red y que utiliza bases de datos MySQL, PostgreSQL o MSSQL conocido como LIME SURVEY.

7.2.9 Procedimientos

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. Los datos de información que permitieron identificar una participante solamente eran manejados por el equipo investigador.

Cuarenta y seis (46) mujeres se reclutaron mediante el mecanismo de bola de nieve y ochenta y siete (87) mediante el contacto a través de los operadores del ICBF. Quienes aceptaron ser contactadas mediante una llamada telefónica, fueron abordadas directamente por los investigadores quienes inicialmente se identificaron como médicos profesionales y residentes del Posgrado en Ginecología y Obstetricia de la UNAB. Posteriormente se explicaron los objetivos del proyecto y se invitó a participar en las dos fases del estudio. Una vez obtenida una respuesta afirmativa, se tomó el consentimiento informado de manera verbal, el cual era grabado mediante nota de voz (almacenada en carpeta de cómputo). En ese momento se diligenció el cuestionario directamente en la plataforma virtual a través del programa Lime Survey. Una vez finalizado el diligenciamiento del cuestionario, en contraprestación se brindaba asesoría y capacitación en puericultura, planificación familiar y tamizaje de cáncer de cuello uterino.

El proceso total de recolección se realizó entre julio del 2019 a enero de 2021 fecha en que se completó el tamaño de muestra ajustado. Una vez finalizado el proceso de recolección de datos se procedió con el proceso de análisis estadístico.

7.2.10 Variables

Variable dependiente: Violencia obstétrica percibida por la participante desde el momento de la hospitalización para la atención del parto o cesárea hasta el momento que es trasladada junto con su recién nacido, fuera del servicio de sala de partos. **(Ver anexo 7)**

Variables independientes: identificación, edad, estado civil, nacionalidad, lugar de residencia, escolaridad, número de embarazos, partos, cesáreas abortos, embarazos ectópicos, fecha de finalización de su parto/cesárea, fecha de nacimiento de su último hijo, vinculación al sistema de seguridad social, trabajo actual, institución de salud de atención del parto. **(Ver anexo 8)**

7.2.11 Plan de análisis

Los datos recogidos de forma digital a partir de las encuestas fueron extrapolados de la base de datos del software Lime-survey en programa Microsoft Excel, se realizó codificación numérica del mismo con base en los códigos creados en el directorio de datos

para una mejor calidad. La base de datos validada fue exportada al programa STATA 14.0 donde se obtuvieron los análisis estadísticos.

Se realizó un análisis descriptivo. Se presentaron los resultados en tablas cuyos datos cuantitativos se expresaron con la frecuencia absoluta, porcentaje y respectivo intervalo de confianza del 95% (IC95%). Los datos de tipo cuantitativo fueron resumidos mediante la media o mediana y desviación estándar o rango intercuartílico de acuerdo con el comportamiento del conjunto de datos: la normalidad de éstos fue valorada con el test de Shapiro Wilk.

Análisis bivariado. Para la identificación de factores asociados con la presencia de VO, para cada uno de los dominios se realizó un análisis bivariado con las variables sociodemográficas (edad de la participante, estado civil, seguridad social, nivel educativo, ocupación) y antecedentes ginecobstétricos (número de embarazos, abortos, asistencia a curso de preparación para el parto, control prenatal) y el respectivo dominio de VO. Los valores de p se calcularon mediante chi cuadrado o test exacto de Fisher, aquellos valores menores a 0,05 se consideraron estadísticamente significativos.

7.3 Diseño Cualitativo

Con este diseño se dio respuesta al objetivo específico: “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”. Se indagó el significado social del parto, su atención institucionalizada, así como la relación de las mujeres durante el trabajo de parto, parto, atención de una cesárea de urgencias y primeras horas del puerperio, con el personal sanitario que atiende la sala de partos, esto también desde la perspectiva de las mujeres.

7.3.1 Pregunta de investigación según diseño cualitativo

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

7.3.2 Tipo de estudio:

Estudio cualitativo descriptivo e interpretativo(64).

7.3.3 Muestra y muestreo

Se partió de la población participante en el diseño cuantitativo y los datos consignados en éste, con previa aprobación en el consentimiento informado verbal para participar en la segunda fase del estudio consistente en una entrevista semiestructurada. Se realizó un muestreo teórico a partir de los dominios de la violencia obstétrica indagados en el abordaje cuantitativo, logrando la saturación de la información mediante selección intencionada de mujeres de forma secuencial(64).

7.3.4 Instrumento

Se diseñó una guía de entrevista con la intencionalidad de indagar a profundidad las experiencias de parto institucionalizado reciente y de VO en los diferentes dominios indagados en el cuestionario. Para la construcción de la guía de entrevista se tuvo en cuenta la guía de parto humanizado de la OMS(37) para orientar preguntas disparadoras en cuanto a experiencia de parto, percepción de respeto, apoyo, escucha por parte del personal de salud, comunicación de conductas, tratamientos y decisiones. Esto les permitió a las mujeres describir o expresar su experiencia y percepción de la atención recibida durante la atención de parto y parto, además del trato brindado por parte del personal de salud con el objetivo de abarcar la temática estudiada.

Las entrevistas fueron realizadas por los investigadores principales del proyecto, quienes realizaron con acompañamiento de una de las directoras del proyecto, experta en investigación cualitativa, tres entrevistas piloto. El análisis de estas entrevistas permitió a los entrevistadores mejorar la técnica y la creación de una guía final semiestructurada (**Ver anexo 5**).

7.3.5 Procedimiento

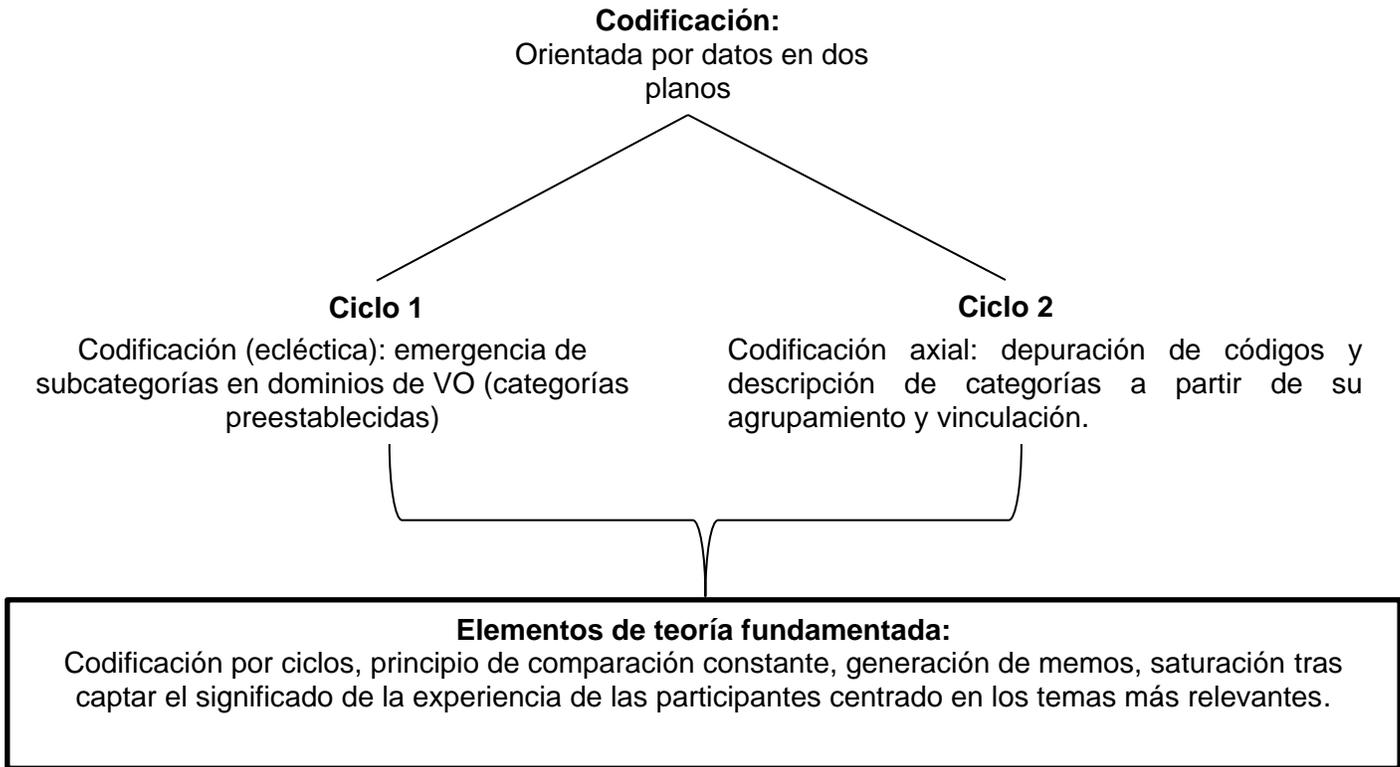
A partir de la base de datos del diseño cuantitativo, se seleccionaron secuencialmente mujeres que reportaban diferentes tipos de violencia en el cuestionario. Estas personas fueron nuevamente contactadas telefónicamente e invitadas a participar, explicando el objetivo y alcance de la entrevista. En esta fase de la investigación, en el Consentimiento Informado se incluyó de manera explícita la autorización para grabar la entrevista en audio. Al documento de consentimiento informado se le asignó un código numérico secuencial pareado con la entrevista.

Cada entrevista se realizó en un único encuentro telefónico por los dos autores, previa capacitación y retroalimentación brindadas por la codirectora. La fecha y hora de la entrevista fue acordada con las participantes. Las entrevistas fueron transcritas en formato Word por los autores. El proceso de recolección de datos finalizó al momento en que se logró la saturación de la información en relación a las experiencias de parto, manifestaciones de violencia y el relacionamiento entre las mujeres y el personal sanitario.

7.3.6 Plan de análisis

El análisis se realizó sobre los textos de las entrevistas transcritas línea por línea, frase por frase de forma continua. En formato Excel, se realizó la codificación orientada por los datos en dos planos, uno inicial, con codificación ecléctica que permitió la emergencia de subcategorías dentro de categorías predeterminadas correspondientes a los diferentes dominios de violencia indagados y la experiencia de parto; en un segundo ciclo con codificación axial, se depuraron los códigos y se describieron las categorías a partir de su agrupamiento y vinculaciones(64). Se emplearon elementos de la teoría fundamentada, tales como la codificación por ciclos, el principio de comparación constante, generación de memos y saturación tras captar el significado de la experiencia de las participantes centrado en los temas más relevantes(66) (**ver figura 6**).

Figura 6 Ciclos de análisis cualitativo



Fuente: Elaboración propia.

En este diseño se garantizó el rigor metodológico mediante los criterios de credibilidad y auditabilidad. Mediante la credibilidad se captó el significado de las experiencias de las participantes, es decir la correspondencia entre la forma en que la persona percibe los conceptos relacionados con el problema de investigación y la manera en que el investigador retrata los puntos de vista de la participante(64). Esto se logró al pedirle a las entrevistadas que verificaran y clarificaran la interpretación que los investigadores hicieron de sus relatos durante la entrevista(64).

La auditabilidad implica que otro investigador pueda seguir la ruta que los investigadores originales hicieron. Se cumplió con este criterio a través del registro y documentación de todas las decisiones e ideas que surgieron durante la recolección y análisis de la información (bitácora de campo y bitácora de análisis) y se hizo una descripción detallada de los contextos en que se llevaron a cabo las entrevistas. Asimismo, se conserva la guía de las entrevistas, cintas y registros de grabación(64). La auditabilidad fue realizada por la codirectora de la investigación.

7.4 Triangulación Diálogo y encuentro entre magnitud y significado.

Los enfoques mixtos están fundamentados en el concepto de triangulación. Según *Minayo*, la triangulación es el camino en que los métodos cuantitativo y cualitativo pueden encontrarse(67). La complementariedad entre métodos busca superar y vencer los marcos del positivismo en el caso del cuantitativo y las restricciones relativas a la comprensión de la magnitud de los fenómenos y procesos sociales, en el caso del cualitativo, buscando alcanzar la subsidiariedad gracias a la articulación productiva de ambas metodologías(68).

De manera específica, en esta investigación se hizo triangulación de métodos y datos, a partir de la indagación de VO mediante cuestionario y relatos de la atención del parto, de investigadores expertos en género y triangulación teórica.

8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación, la encuesta y la entrevista se manejaron con criterios de estricta confidencialidad. En el presente estudio solo se publicaron datos generales, manteniendo y garantizando el anonimato de las participantes. Para la participación en la aplicación del cuestionario y en la entrevista se llevaron a cabo procesos de consentimiento informado, con diligenciamiento de documento para tal fin, en los casos en que se pudo tener contacto presencial con la participante, o registro en voz en el caso de las participantes cuyo contacto fue exclusivamente telefónico. Como ya se mencionó, el formato de cada consentimiento (el de las encuestas y el de las entrevistas) incluyó de manera taxativa ejemplos del tipo de preguntas que se realizaron, así como de los temas que se abordaron, esto con la intención de que quienes aceptaron participar, no fueran re victimizadas durante el desarrollo del proyecto.

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, las Pautas CIOMS y en la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y de acuerdo al título II de la investigación en seres humanos; Artículo 11 categoría A, fue una investigación de riesgo mínimo, dado que se tocaron aspectos íntimos y personales de los individuos.

En cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la mencionada resolución nacional el estudio se desarrolló con base en los principios de:

- Principio de no maleficencia: por ser un estudio observacional, no se realizaron intervenciones a las pacientes. En el consentimiento informado se explicó de manera explícita y ejemplificada la temática que se trató en la encuesta y en la entrevista, de manera tal que solo participaron personas que no consideraban que dicha temática podía generarles algún tipo de daño por lo sensible de la misma.
- Principio de autonomía: no se coaccionaron a las pacientes al momento de responder la encuesta y se les explicó de manera amplia y comprensible, utilizando un lenguaje adecuado, los propósitos, temas y tipo de participación que tendrían en el proyecto.
- Principio de justicia: no se expuso a las participantes a situaciones de riesgo y no se tomó ventaja ante situaciones de vulnerabilidad
- Principio de beneficencia: con los resultados obtenidos se espera realizar acciones de mejora que beneficiarán a largo plazo a las mujeres en su proceso de parto.

9 RESULTADOS

9.1 Abordaje cuantitativo

En el estudio se reclutaron un total de 133 participantes, de las cuales, 87 (65,4%) fueron captadas a través de la base de datos del operador del ICBF, las restantes a través del mecanismo de bola de nieve.

9.1.1 Características sociodemográficas

Las edades de las participantes oscilaron entre los 18 y 40 años, con una media de 26 años (IC: 21-30 años). En cuanto al estado civil el 78,1% de las participantes estaban en unión libre o casadas. Respecto a la afiliación en salud, el 54,8% de las participantes pertenecía al régimen subsidiado, el 38,3% al contributivo (incluye empresas de medicina prepagadas) y el 6,8% no tenía afiliación a ningún régimen de seguridad social. En referencia a la ocupación, la dedicación al hogar o el estado de desempleadas fueron las actividades más frecuentes (69,9% de las participantes). En relación al nivel educativo sobresale con un

63,1% la secundaria completa e incompleta y respecto del nivel de complejidad de la institución donde fue atendida predominó el tercer nivel con un 76,6%. (**Ver tabla 4**).

Tabla 4. Características sociodemográficas de las participantes

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	n (%)	IC95%
EDAD		
18 a 25 años	66 (49,6)	40,8-58,4
26 a 40 años	67 (50,3)	41,6-59,2
ESTADO CIVIL		
Unión libre o Casada	104 (78,1)	70,2-84,9
Soltera o Separada	29 (21,9)	15,1-29,8
SEGURIDAD SOCIAL		
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
NIVEL DE ATENCIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD		
Tercer nivel	102 (76,7)	68,6-83,6
Primer o Segundo nivel	31 (23,3)	16,4-31,4
PRINCIPAL OCUPACIÓN		
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
NIVEL DE ESCOLARIDAD		
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

n (%) = Número (porcentaje)

IC 95%=Intervalo de 95% de confianza

9.1.2 Antecedentes ginecobstétricos

Del total de participantes el 90,2% habían tenido entre 1 y 3 embarazos, y de éstas, el 47,4% solo habían tenido una gestación. 73,0% de las participantes reportaron 6 o más controles prenatales, 21,1% la realización de curso psicoprofiláctico. La vía del parto predominante fue la vaginal (61,5%). (*Ver tabla 5*).

Tabla 5. Antecedentes ginecobstétricos

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)	64,5-80,3

n (%) = Número (porcentaje)

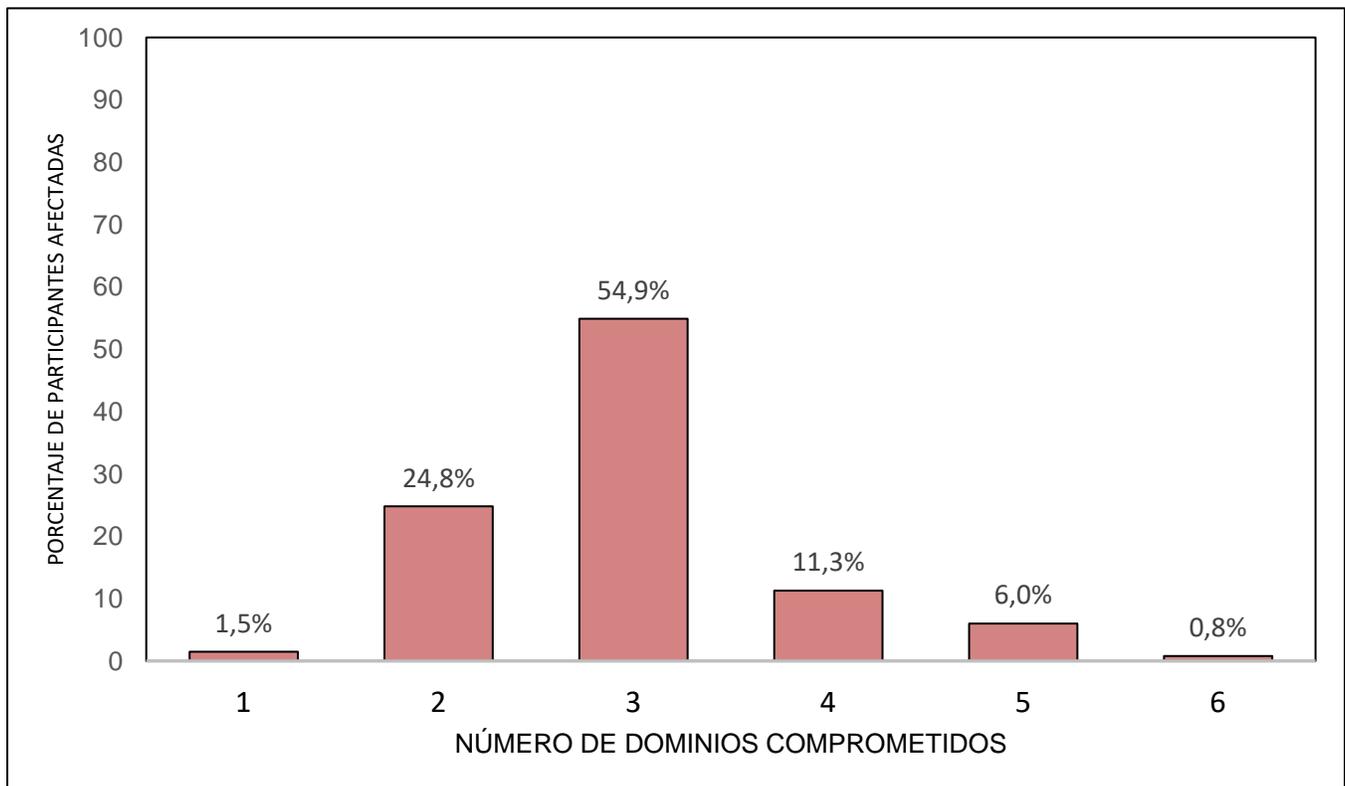
IC95%=Intervalo de 95% de confianza

9.1.3 Tipología, prácticas, situaciones y/o condiciones en la cotidianidad asistencial que representan en violencia obstétrica.

9.1.3.1 Prevalencia de violencia obstétrica

La totalidad de las participantes reportó manifestaciones de violencia obstétrica en al menos uno de los dominios evaluados. A continuación, se muestra la prevalencia discriminada según el número de dominios referidos. (*ver figura 7*).

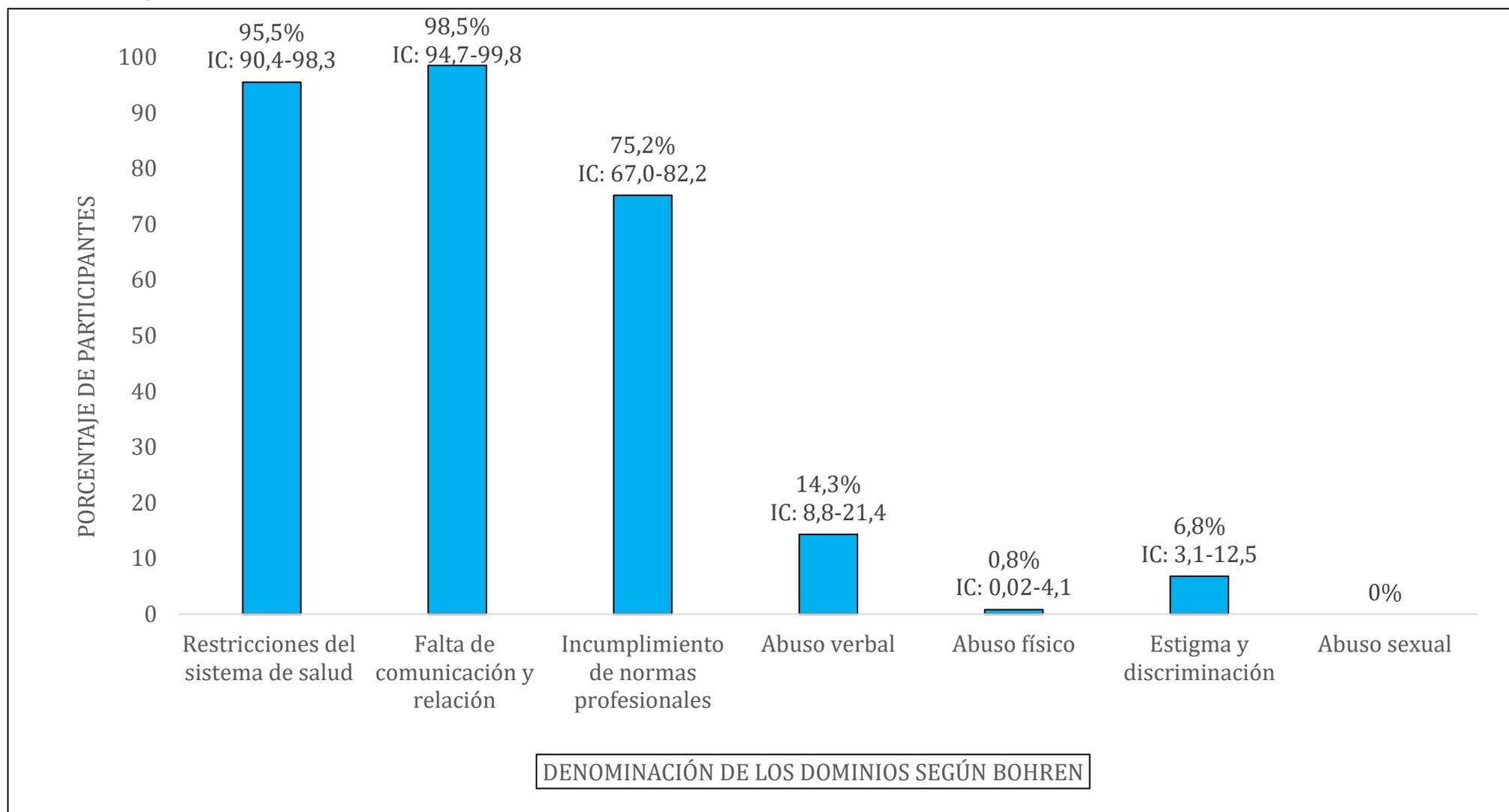
Figura 7 Prevalencia de Violencia Obstétrica según número de dominios afectados.



Fuente: Elaboración propia.

Respecto de la frecuencia con que cada dominio fue identificado como afectado, es muy relevante mencionar que el dominio “falta de comunicación y relación entre el personal sanitario y la paciente” se detectó en el 98,5% de las participantes, el segundo dominio más referido fue el de “restricciones del sistema de salud” con un 95,5% de las veces, y en tercer lugar, con una positividad del 75,2% de las participantes, se identificó el dominio “incumplimiento de las normas profesionales de atención médica”. (*Ver figura 8*)

Figura 8 Frecuencia de afectación de los dominios que determinan la presencia de Violencia Obstétrica.



Fuente: Elaboración propia.

9.1.3.2 Análisis del comportamiento de cada uno de los dominios

9.1.3.2.1 Dominio 1 según la clasificación de VO de Bohren: Restricción del sistema de salud

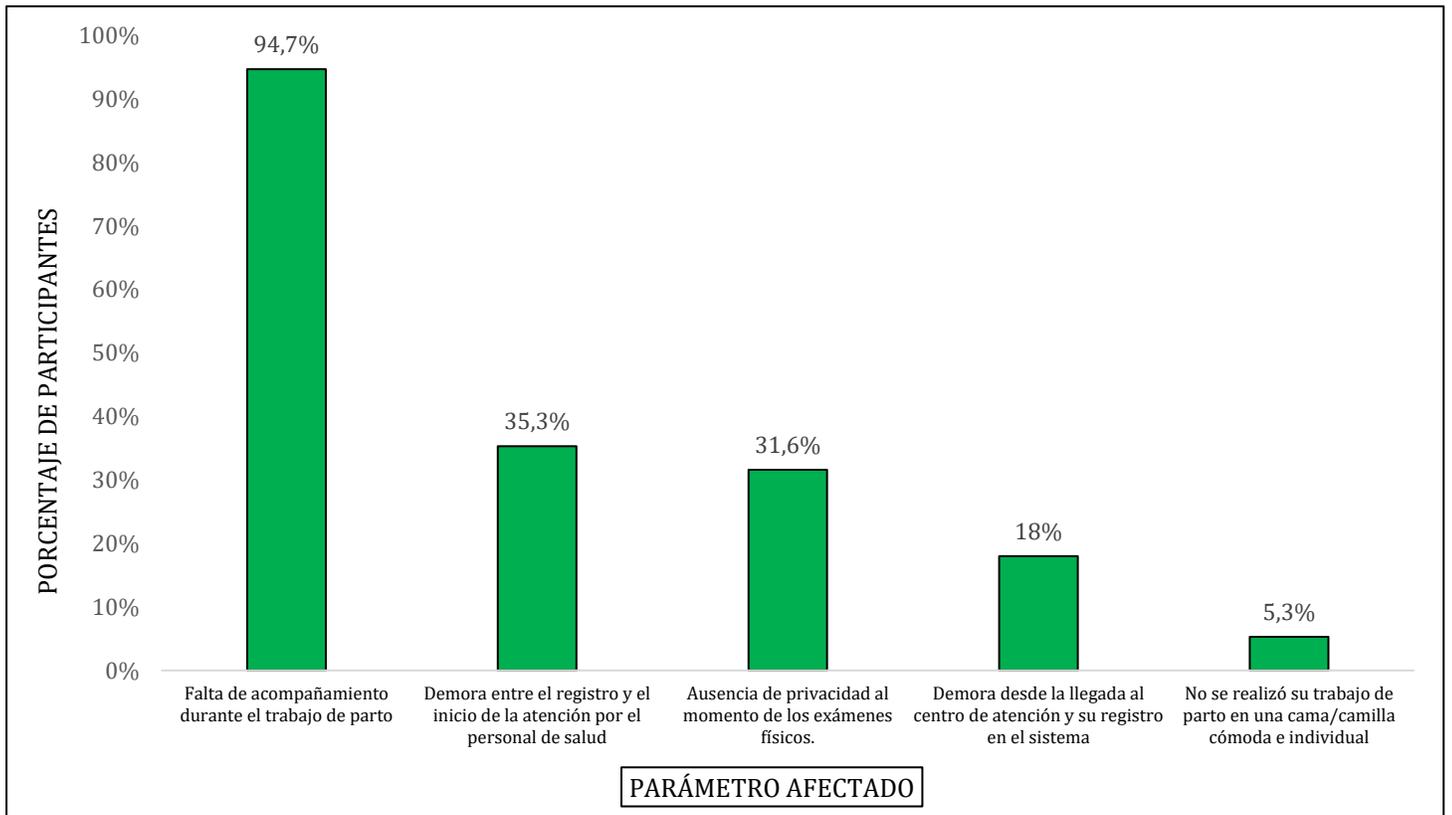
La “restricción del sistema de salud” (segundo dominio más referido), se analizó con base en 6 preguntas marcadoras de la ocurrencia del acto violento. De esas preguntas, cinco (5) aplicaron para la totalidad de la muestra (n=133) participantes y una (1) para las ochenta y dos (82) que finalizaron su gestación por vía vaginal (**ver anexo 4**).

Respecto de los resultados de mayor relevancia de la población total se encontró que: a) al 94,7% de las participantes no se les permitió el acompañamiento durante el proceso del trabajo de parto, b) el 35,3% percibió como demorado el inicio de la atención por el personal de salud (más de una hora entre el registro ante la IPS y el inicio de la atención sanitaria) y c) el 31,6% mencionó falta de privacidad en la realización de tactos vaginales, monitoreos fetales o exámenes físicos. La figura 9 discrimina las preguntas marcadoras de este dominio de violencia obstétrica y su magnitud.

Dado que la totalidad de las cesáreas que se incluyeron en el proyecto eran urgentes, quienes finalizaron su gestación por esta vía fueron tomadas en cuenta para el análisis de este dominio, pues estas participantes alcanzaron a realizar trabajo de parto (**Ver figura 9**).

El acompañamiento durante el parto sólo se evaluó en aquellas mujeres cuya gestación terminó por vía vaginal (n=82), 98,8% de las cuales reportaron falta de acompañamiento.

Figura 9 Prevalencia de violencia obstétrica para el dominio 1: “Restricción del sistema de salud”



Fuente: Elaboración propia.

n=133 participantes.

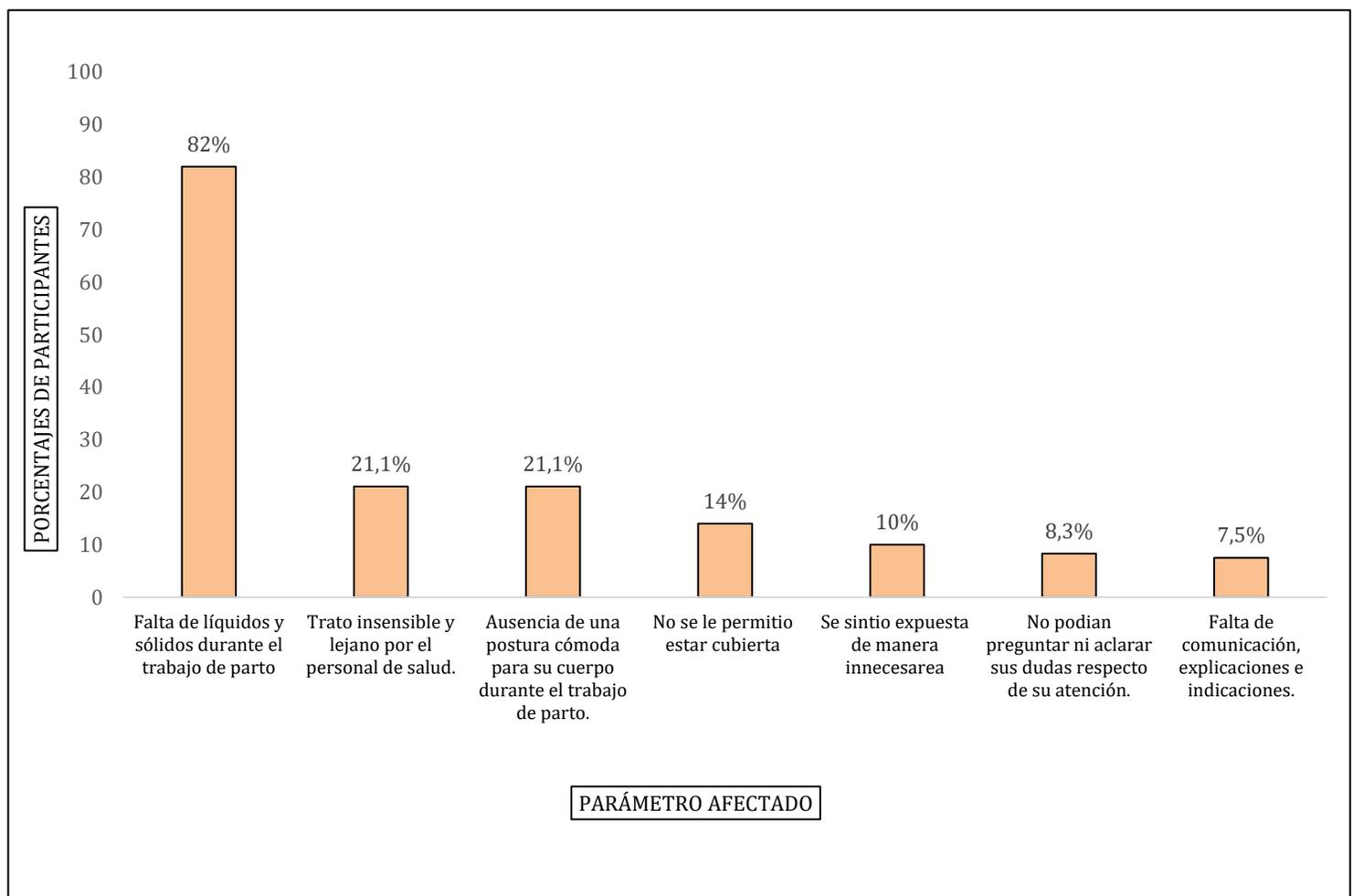
9.1.3.2.2 Dominio 2 según la clasificación de Violencia Obstétrica de Bohren: Comunicación y relación entre el personal sanitario y la paciente.

Este fue el dominio de VO con mayor frecuencia. En este apartado se tomaron en cuenta como marcadoras de VO todas las preguntas que lo conformaban (**ver anexo 4**). La figura 10 muestra el resultado de los parámetros evaluados, tomando como universo las 133 participantes.

Dado que hubo preguntas que abordaron específicamente el momento del parto, a continuación presentamos los hallazgos particulares de las 82 participantes que finalizaron su gestación por esta vía: a) al 98,8% (n=81) de las participantes se les impidió tomar líquidos y sólidos durante el parto y b) al 72% (n=59) de las participantes no se les permitió adoptar una postura cómoda para su cuerpo durante el momento del parto.

En relación con la exposición del cuerpo de la mujer, se abordaron dos preguntas: a) ¿Se le permitió estar cubierta durante el trabajo de parto o el parto en los momentos que no era necesario estar descubierta?, y b) ¿Se sintió expuesta de manera innecesaria en algún momento durante su trabajo de parto o parto? Respecto de la primera pregunta, encontramos que al 14% de las participantes no se les permitió estar cubiertas y en cuanto a la segunda, el 10% de las participantes manifestó haberse sentido expuesta innecesariamente. **(Ver figura 10)**

Figura 10 Prevalencia de violencia obstétrica para el dominio 2: comunicación y relación entre el personal sanitario y la paciente.



Fuente: Elaboración propia.

* n=133 participantes.

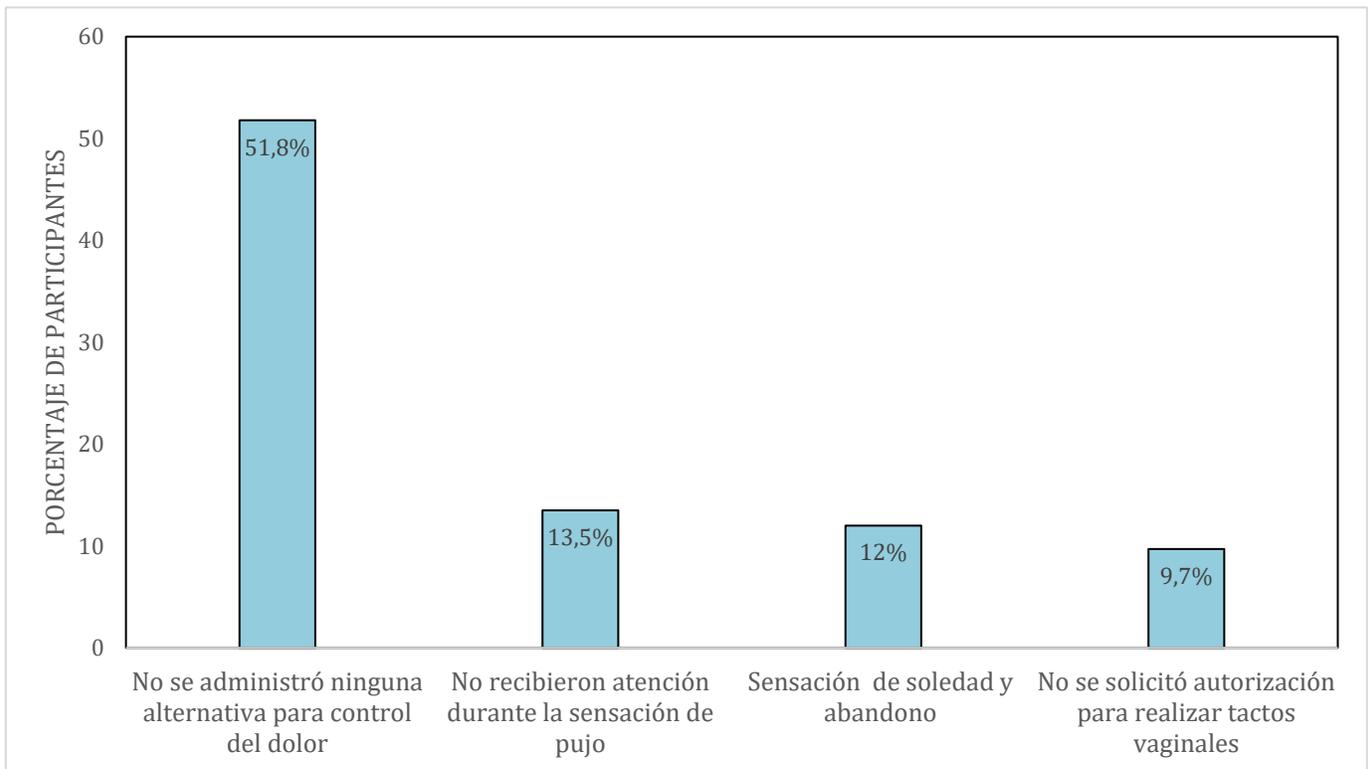
9.1.3.2.3 Dominio 3 según la clasificación de Violencia Obstétrica según Bohren: Incumplimiento de las normas profesionales de atención médica.

De las 10 preguntas que abordaron el dominio de “incumplimiento de las normas profesionales”, todas se tomaron como marcadoras de VO (*ver anexo 4*). La figura 11. muestra el comportamiento de los puntos evaluados.

La ausencia de medidas farmacológicas o no farmacológicas para el control del dolor fue referida por 69 participantes (51,8%). Asimismo, el 13,5% de las participantes percibió que no se les vigiló durante el momento del expulsivo y un 12% refirieron sensación de descuido y abandono por parte del personal de salud. (*ver figura 11*).

La totalidad de las mujeres que finalizaron su gestación por cesárea de urgencia refirió haber sido informada sobre el procedimiento y la solicitud de consentimiento informado para su realización

Figura 11 Prevalencia de incumplimiento de normas profesionales de atención médica



Fuente: *Elaboración propia.*

n=133 participantes

Con relación a lo anterior, según la vía por la cual finalizó la gestación encontramos que de la totalidad de las participantes, el 51,8% (n=69) no recibió medicamentos ni procedimientos para el control del dolor. De estas 69 participantes, el 63,7% perteneció al grupo que finalizó la gestación por parto vaginal y el 36,2% a cesárea de urgencia. Del grupo a quienes si se les ofreció algún mecanismo de control del dolor (n=64), al 12,5% (8 participantes, 5 del grupo que finalizó por parto vaginal y 3 del grupo que finalizó en cesárea de urgencia) no se les explicó qué medicación o procedimiento fue empleado y al 13,5% de quienes sintieron deseos de pujar nadie les vigiló a pesar de informarlo. En cuanto a la solicitud de autorización para realizar tactos vaginales encontramos que al 10,2% de quienes finalizaron en parto no se les solicitó su autorización para realizar este examen y al 30,8% de quienes finalizaron su gestación por cesárea, tampoco. **(ver Tabla 6)**

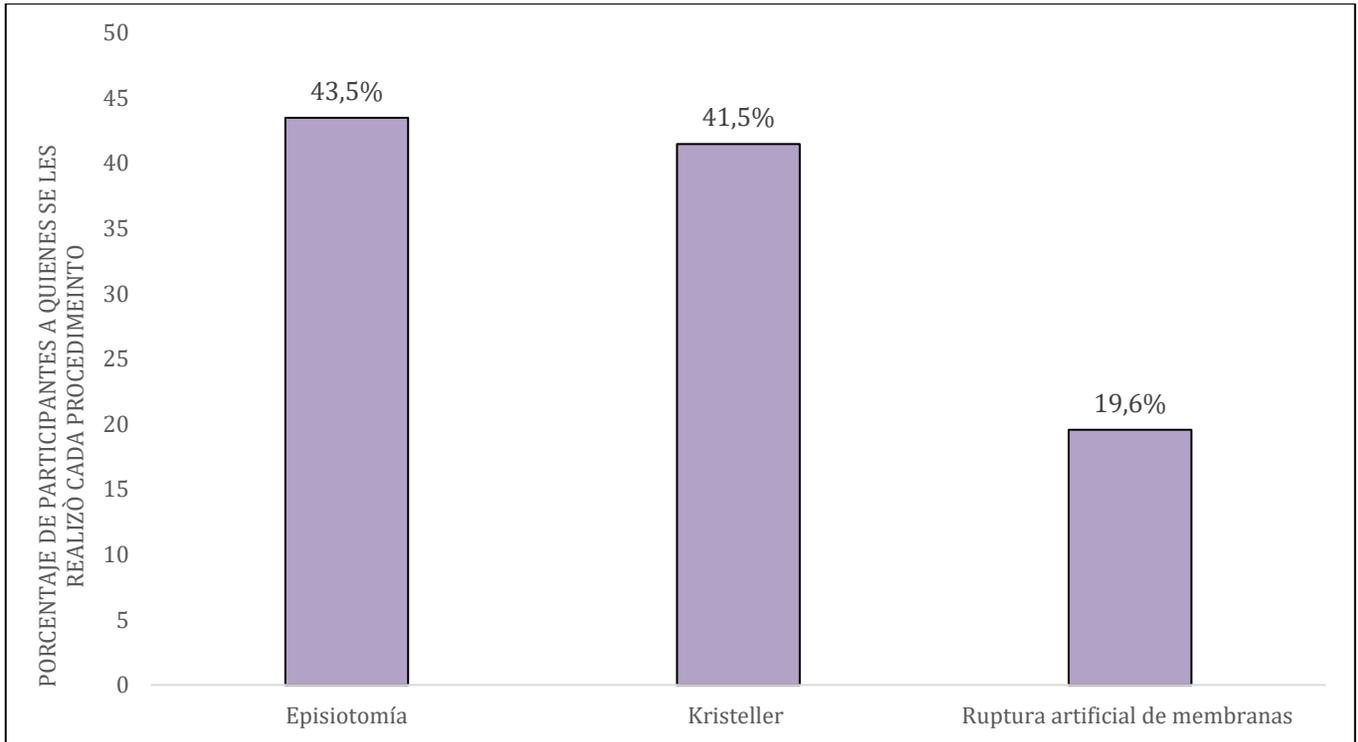
Tabla 6. *Discriminación de incumplimiento de normas profesionales de atención médica según la vía del parto.*

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)

**Se utilizó como denominador en cada parámetro evaluado la totalidad de las participantes que respondió la pregunta correspondiente*

Respecto de las mujeres que finalizaron su gestación por parto vaginal, se pudo concluir que: a) al 56,1% (n=46) se les realizó ruptura artificial de membranas; de estas, al 19,6% (n=9) no se les explicó de forma verbal ni escrita de dicho procedimiento. b) Al 28% (n=23) se les realizó una episiotomía; de estas, al 43,5% (n=10) no se les solicitó autorización para realizarla. Finalmente vale la pena recalcar que se documentó una prevalencia del 41,5% en la realización de la maniobra de Kristeller **(Ver figura 12)**.

Figura 12 Prevalencia de incumplimiento de normas profesionales de atención médica en relación a la realización de procedimientos indebidos o falta de autorización para realizar procedimientos pertinentes en quienes finalizaron su gestación por vía vaginal.



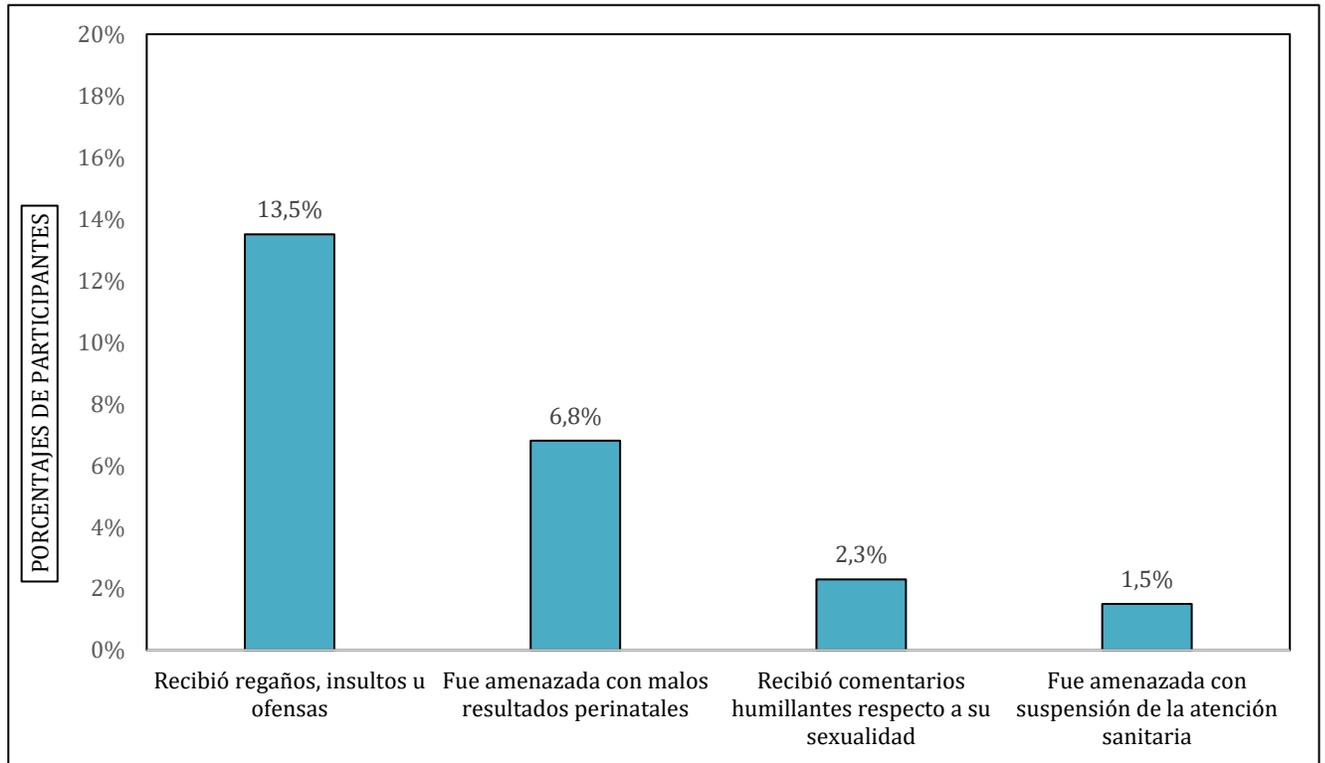
Fuente: Elaboración propia.

Cálculos realizados con denominadores: episiotomía: n=23, Ruptura artificial de membranas: n=46, maniobra de Kristeller: n=82.

9.1.3.2.4 Dominio 4 de la clasificación de Violencia Obstétrica según Bohren: Abuso verbal

Con respecto al abuso verbal, 13,5% de las mujeres reportaron haber sido gritadas, regañadas, insultadas o tratadas con expresiones ofensivas durante su trabajo de parto. En este dominio, el 6,8% de las participantes manifestaron haber recibido comentarios negativos y/o amenazas de malos resultados perinatales generados por su “mal comportamiento” (Ver figura 13)

Figura 13 Prevalencia de violencia obstétrica para el dominio 4: abuso verbal.



Fuente: Elaboración propia. $n=133$ participantes

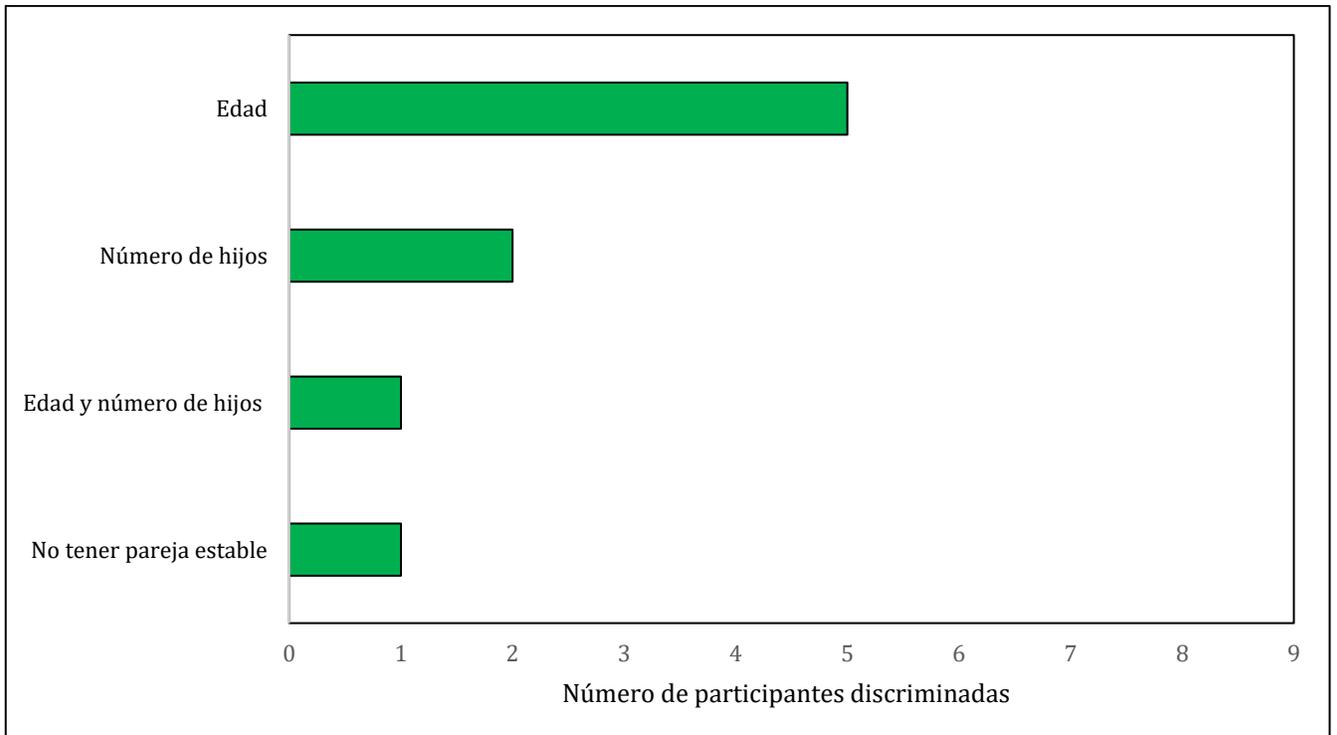
9.1.3.2.5 Dominio 5 de la clasificación de Violencia Obstétrica según Bohren: Abuso físico

El 0,8% ($n=1$) de las participantes manifestó haber sido golpeada o sujeta de manos durante la atención de su parto. De resto, ninguna otra pregunta marcadora fue identificada como presente.

9.1.3.2.6 Dominio 6 de la clasificación de Violencia Obstétrica según Bohren: Estigma y discriminación

Se encontró que 9 de las 133 participantes (6,8%) percibió que había sido estigmatizada y/o discriminada por parte del personal de salud, siendo la edad de la participante el principal motivo para tal discriminación (*Ver figura 14*).

Figura 14 Motivo del estigma y/o discriminación hacia las participantes por parte del personal de salud.



Fuente: Elaboración propia. n=9 participantes

9.1.3.2.7 Dominio 7 de la clasificación de Violencia Obstétrica según Bohren: Abuso sexual

En relación con el abuso sexual como tipología de VO, ninguna de las participantes manifestó haber sido tocada, besada de manera indeseada o sin el consentimiento de ellas durante su proceso de atención.

Finalmente se evaluó el nivel de confianza que las participantes tenían respecto de la atención institucional del trabajo de parto, parto o cesárea de urgencia: el 84% de las participantes manifestó sentir confianza en la atención institucional de estos eventos.

9.1.3.3 Análisis bivariado: Violencia obstétrica y su relación con variables sociodemográficas y antecedentes ginecobstétricos.

El cruce de las diversas variables socio-demográficas y gineco - obstétricas con cada uno de los dominios y la presencia o ausencia de VO generó el análisis bivariado. Las Tablas 7, 8, 9, 10, 11 y 12 muestran los resultados correspondientes para cada dominio, incluyendo aquellos en los cuales la prevalencia de VO fue mínima.

Tabla 7. Análisis bivariado para el dominio 1: restricción del sistema de salud.

Variable	No violencia obstétrica n (%)	Violencia obstétrica n (%)	Valor p
EDAD			
18 a 25 años [66]	3 (4,6)	63 (95,4)	0,653
26 a 40 años [67]	3 (4,5)	64 (95,5)	
ESTADO CIVIL			
Unión libre y Casada [104]	4 (3,9)	100 (96,1)	0,390
Soltera y Separada [29]	2 (6,9)	27 (93,1)	
SEGURIDAD SOCIAL			
Contributivo/prepagada [n=51]	3 (5,9)	48 (94,1)	0,798
Subsidiado [n=73]	3 (4,1)	70 (95,9)	
No asegurado [n=9]	0 (-)	9 (100)	
NIVEL DE ATENCIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD			
Tercer nivel [n=102]	5 (4,9)	97(95,1)	1,000
Primer y Segundo nivel [n=31]	1(3,2)	30(96,8)	
OCUPACIÓN			
Trabajo (formal e informal) [n=35]	2 (5,7)	33 (94,3)	0,735
Desempleada/hogar [n=93]	4 (4,3)	89 (95,7)	
Estudiante [n=5]	0 (-)	5 (100)	
NIVEL DE ESCOLARIDAD			
Universitaria (pregrado y posgrado) [n=14]	2 (14,3)	12 (85,7)	0,182
Estudio técnicos y tecnológicos [n=29]	0 (-)	29 (100)	
Secundaria completa e incompleta [n=84]	4 (4,8)	80 (95,2)	
Primaria completa e incompleta [n=6]	0 (-)	6 (100)	
N° DE EMBARAZOS			
1 a 3 embarazos [n=120]	6 (5)	114 (95)	1,000
4 a 6 embarazos [n=13]	0 (-)	13 (100)	
ABORTOS			
No [n=117]	5 (4,3)	112 (95,7)	0,544
Si [n=16]	1 (6,2)	15 (93,8)	
VIA DEL PARTO			
Parto vaginal [n=82]	4 (4,9)	78(95,1)	1,000
Cesárea de urgencia [n=51]	2 (3,9)	49 (96,1)	

CURSO PSICOPROFILÁCTICO			
Si [n=28]	3 (10,7)	25 (89,3)	0,107
No [n=105]	3 (2,9)	102 (97,1)	
CONTROL PRENATAL			
1 a 3 [n=11]	0 (-)	11 (100)	1,000
4 a 5 [n=25]	1 (4)	24 (96)	
Más de 6 [n=97]	5 (5)	95 (95)	

Tabla 8. Análisis bivariado para el dominio 2: Falta de comunicación y relación entre el personal sanitario y la paciente.

Variable	No violencia obstétrica n (%)	Violencia obstétrica n (%)	Valor p
EDAD			
18 a 25 años [66]	1 (1,5)	65 (98,5)	1,000
26 a 40 años [67]	1 (1,5)	66 (98,5)	
ESTADO CIVIL			
Unión libre y Casada [104]	1 (1)	103 (99)	0,390
Soltera y Separada [29]	1 (3,4)	28 (96,6)	
SEGURIDAD SOCIAL			
Contributivo/prepagada [n=51]	1 (2,0)	50 (98)	1,000
Subsidiado [n=73]	1 (1,4)	72 (98,6)	
No asegurado [n=9]	0 (-)	9 (100)	
NIVEL DE ATENCIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD			
Tercer nivel [n=102]	1 (1)	101 (99)	0,413
Primer y Segundo nivel [n=31]	1 (3,2)	30 (96,8)	
OCUPACIÓN			
Trabajo (formal e informal) [n=35]	2 (5,7)	33 (94,3)	0,142
Desempleada/hogar [n=93]	0 (-)	93 (100)	
Estudiante [n=5]	0 (-)	5 (100)	
NIVEL DE ESCOLARIDAD			
Universitaria (pregrado y posgrado) [n=14]	0 (-)	14 (100)	1,000
Estudio técnicos y tecnológicos [n=29]	0 (-)	29 (100)	
Secundaria completa e incompleta [n=84]	2 (2,4)	82 (97,6)	
Primaria completa e incompleta [n=6]	0 (-)	6 (100)	
N° DE EMBARAZOS			
1 a 3 embarazos [n=120]	2 (1,7)	118 (98,3)	1,000
4 a 6 embarazos [n=13]	0 (-)	13 (100)	
ABORTOS			
No [n=117]	2 (1,7)	115 (98,3)	1,000
Si [n=16]	0 (-)	16 (100)	
VIA DEL PARTO			
Parto vaginal [n=82]	0 (-)	82 (100)	0,145
Cesárea de urgencia [n=51]	2 (4)	49 (96)	
CURSO PSICOPROFILÁCTICO			

Si [n=28]	0 (-)	28 (100)	1,000
No [n=105]	2 (2)	103 (98)	
CONTROL PRENATAL			
1 a 3 [n=11]	0 (-)	11 (100)	1,000
4 a 5 [n=25]	0 (-)	25 (100)	
Más de 6 [n=97]	2 (2)	95 (98)	

Tabla 9. Análisis bivariado para el dominio 3: Incumplimiento de normas profesionales de atención médica.

Variable	No violencia obstétrica n (%)	Violencia obstétrica n (%)	Valor p
EDAD			
18 a 25 años [66]	15 (23)	51 (77)	0,581
26 a 40 años [67]	18 (27)	49 (73)	
ESTADO CIVIL			
Unión libre y Casada [104]	26 (25)	78 (75)	0,924
Soltera y Separada [29]	7 (24,1)	22 (75,9)	
SEGURIDAD SOCIAL			
Contributivo/prepagada [n=51]	12 (23,5)	39 (76,5)	0,814
Subsidiado [n=73]	18 (25)	55 (75)	
No asegurado [n=9]	3 (33,3)	6 (66,7)	
NIVEL DE ATENCIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD			
Tercer nivel [n=102]	24 (24)	78 (76)	0,534^s
Primer y Segundo nivel [n=31]	9(29)	22 (71)	
OCUPACIÓN			
Trabajo (formal e informal) [n=35]	10 (28,6)	25 (71,4)	0,858
Desempleada/hogar [n=93]	22 (23,6)	71 (76,3)	
Estudiante [n=5]	1 (20)	4 (80)	
NIVEL DE ESCOLARIDAD			
Universitaria (pregrado y posgrado) [n=14]	3 (21,4)	11(78,6)	0,111
Estudio técnicos y tecnológicos [n=29]	5 (17,2)	24 (82,8)	
Secundaria completa e incompleta [n=84]	21 (25)	63 (75)	
Primaria completa e incompleta [n=6]	4 (66,7)	2 (33,3)	
N° DE EMBARAZOS			
1 a 3 embarazos [n=120]	29 (24,2)	91 (75,8)	0,735
4 a 6 embarazos [n=13]	4 (31)	9 (69)	
ABORTOS			
No [n=117]	26 (22,2)	91 (77,8)	0,061
Si [n=16]	7 (44)	9 (56)	
VIA DEL PARTO			
Parto vaginal [n=82]	14 (17)	68 (83)	0,009
Cesárea de urgencia [n=51]	19 (37,2)	32 (62,8)	
CURSO PSICOPROFILÁCTICO			

Si [n=28]	4 (14,3)	24 (85,7)	0,218
No [n=105]	29 (27,6)	76 (72,4)	
CONTROL PRENATAL			
1 a 3 [n=11]	3 (27)	8 (73)	0,841
4 a 5 [n=25]	7 (28)	18 (72)	
Más de 6 [n=97]	23 (24)	74 (76)	

Tabla 10. Análisis bivariado para el dominio 4: Abuso verbal

Variable	No violencia obstétrica n (%)	Violencia obstétrica n (%)	Valor p
EDAD			
18 a 25 años [66]	55 (83)	11 (17)	0,436
26 a 40 años [67]	59 (88)	8 (12)	
ESTADO CIVIL			
Unión libre y Casada [104]	88 (84,6)	16 (15,4)	0,764
Soltera y Separada [29]	26 (90)	3 (10)	
SEGURIDAD SOCIAL			
Contributivo/prepagada [n=51]	42 (82,4)	9 (17,6)	0,787
Subsidiado [n=73]	64 (87,7)	9(12,3)	
No asegurado [n=9]	8 (88,9)	1 (11,1)	
NIVEL DE ATENCIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD			
Tercer nivel [n=102]	89 (87)	13(13)	0,357
Primer y Segundo nivel [n=31]	25 (81)	6 (19)	
OCUPACIÓN			
Trabajo (formal e informal) [n=35]	31 (88,6)	4(11,4)	0,725
Desempleada/hogar [n=93]	78 (83,9)	15 (16,1)	
Estudiante [n=5]	5 (100)	0 (-)	
NIVEL DE ESCOLARIDAD			
Universitaria (pregrado y posgrado) [n=14]	12 (86)	2 (14)	0,123
Estudio técnicos y tecnológicos [n=29]	28 (96)	1 (4)	
Secundaria completa e incompleta [n=84]	70 (83,3)	14 (16,7)	
Primaria completa e incompleta [n=6]	4 (66,7)	2 (33,3)	
N° DE EMBARAZOS			
1 a 3 embarazos [n=120]	104 (86,7)	16 (13,3)	0,340
4 a 6 embarazos [n=13]	10 (77)	3 (23)	
ABORTOS			
No [n=117]	101 (86,3)	16 (13,7)	0,586
Si [n=16]	13 (81,2)	3 (18,8)	
VIA DEL PARTO			
Parto vaginal [n=82]	67 (82)	15 (18)	0,094
Cesárea de urgencia [n=51]	47 (92,2)	4 (7,8)	
CURSO PSICOPROFILÁCTICO			
Si [n=28]	24 (86)	4 (14)	1,000
No [n=105]	90 (86)	15 (14)	

CONTROL PRENATAL			
1 a 3 [n=11]	7 (63,6)	4 (36,4)	0,092
4 a 5 [n=25]	22 (88)	3 (12)	
Más de 6 [n=97]	85 (87,6)	12 (12,4)	

Tabla 11. Análisis bivariado para el dominio 5: Abuso físico.

Variable	No violencia obstétrica n (%)	Violencia obstétrica n (%)	Valor p
EDAD			
18 a 25 años [66]	65 (99)	1 (1)	0,496
26 a 40 años [67]	67 (100)	0 (-)	
ESTADO CIVIL			
Unión libre y Casada [104]	103 (99)	1 (1)	1,000
Soltera y Separada [29]	29 (100)	0 (-)	
SEGURIDAD SOCIAL			
Contributivo/prepagada [n=51]	51 (100)	0 (-)	1,000
Subsidiado [n=73]	72 (99)	1 (1)	
No asegurado [n=9]	9 (100)	0 (-)	
NIVEL DE ATENCIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD			
Tercer nivel [n=102]	101 (99)	1(1)	1,000
Primer y Segundo nivel [n=31]	31 (100)	0 (-)	
OCUPACIÓN			
Trabajo (formal e informal) [n=35]	35 (100)	0 (-)	1,000
Desempleada/hogar [n=93]	92 (99)	1(1)	
Estudiante [n=5]	5 (100)	0 (-)	
NIVEL DE ESCOLARIDAD			
Universitaria (pregrado y posgrado) [n=14]	14 (100)	0 (-)	0,368
Estudio técnicos y tecnológicos [n=29]	28 (96)	1 (4)	
Secundaria completa e incompleta [n=84]	84 (100)	0 (-)	
Primaria completa e incompleta [n=6]	6 (100)	0 (-)	
N° DE EMBARAZOS			
1 a 3 embarazos [n=120]	119 (99)	1 (1)	1,000
4 a 6 embarazos [n=13]	13 (100)	0 (-)	
ABORTOS			
No [n=117]	116 (99)	1 (1)	1,000
Si [n=16]	16 (100)	0 (-)	
VIA DEL PARTO			
Parto vaginal [n=82]	82 (100)	0 (-)	0,383
Cesárea de urgencia [n=51]	50 (98)	1 (2)	
CURSO PSICOPROFILÁCTICO			
Si [n=28]	28 (100)	0 (-)	1,000
No [n=105]	104 (99)	1 (1)	
CONTROL PRENATAL			
1 a 3 [n=11]	11 (100)	0 (-)	0,271
4 a 5 [n=25]	24 (96)	1 (4)	

Más de 6 [n=97]	97 (100)	0 (-)	
-----------------	----------	-------	--

Tabla 12. Análisis bivariado para el dominio 6: Estigma y discriminación.

Variable	No violencia obstétrica n (%)	Violencia obstétrica n (%)	Valor p
EDAD			
18 a 25 años [66]	63 (95)	3 (5)	0,492
26 a 40 años [67]	61 (91)	6 (9)	
ESTADO CIVIL			
Unión libre y Casada [104]	97 (93)	7 (7)	1,000
Soltera y Separada [29]	27 (93)	2 (7)	
SEGURIDAD SOCIAL			
Contributivo/prepagada [n=51]	48 (94,1)	3 (5,9)	0,732
Subsidiado [n=73]	68 (93,1)	5 (6,9)	
No asegurado [n=9]	8 (88,9)	1 (11,1)	
NIVEL DE ATENCIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD			
Tercer nivel [n=102]	97 (95)	5 (5)	0,212
Primer y Segundo nivel [n=31]	27 (87)	4 (13)	
OCUPACIÓN			
Trabajo (formal e informal) [n=35]	32 (91,4)	3 (8,6)	0,295
Desempleada/hogar [n=93]	88 (94,6)	5 (5,4)	
Estudiante [n=5]	4 (80)	1 (20)	
NIVEL DE ESCOLARIDAD			
Universitaria (pregrado y posgrado) [n=14]	12 (86)	2 (14)	0,042
Estudio técnicos y tecnológicos [n=29]	28 (96)	1 (4)	
Secundaria completa e incompleta [n=84]	80 (95,2)	4 (4,8)	
Primaria completa e incompleta [n=6]	4 (66,8)	2 (33,3)	
N° DE EMBARAZOS			
1 a 3 embarazos [n=120]	114 (95)	6 (5)	0,014
4 a 6 embarazos [n=13]	10 (77)	3 (23)	
ABORTOS			
No [n=117]	110 (94)	7 (6)	0,296
Si [n=16]	14 (88)	2 (12)	
VIA DEL PARTO			
Parto vaginal [n=82]	75 (91,5)	7 (8,5)	0,481
Cesárea de urgencia [n=51]	49 (96)	2 (4)	
CURSO PSICOPROFILÁCTICO			
Si [n=28]	26 (93)	2 (7)	1,000
No [n=105]	98 (93,3)	7 (6,7)	
CONTROL PRENATAL			
1 a 3 [n=11]	10 (91)	1 (9)	0,596
4 a 5 [n=25]	23 (92)	2(8)	
Más de 6 [n=97]	91 (94)	6 (6)	

La Tabla 13. muestra el resumen de los resultados con significancia estadística del bivariado. En cuanto al dominio “incumplimiento de las normas profesionales de atención médica” y la vía del parto, encontramos diferencias estadísticamente significativas que indican que existe más probabilidad de VO en los partos vaginales Vs las cesáreas de urgencia (p : 0,009), y en cuanto al dominio “estigma y discriminación” hay mayor probabilidad de que se presente VO cuando se atienden personas que tienen un nivel educativo de primaria o menor a este (p : 0,042) y cuando las personas tienen más de tres embarazos previos ($p= 0,014$).

Tabla 13. Resumen: Análisis bivariado entre dominios y variables sociodemográficas con significancia estadística.

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

Fuente: Elaboración propia

9.2 Abordaje Cualitativo

Se reclutaron un total de catorce participantes cuyas edades oscilaron entre 18 a 31 años, once de ellas pertenecientes al régimen de afiliación subsidiada y 3 al contributivo. Todas asistieron a más de 6 controles prenatales, pero solo una de ellas realizó curso psicoprofiláctico. Una de las participantes en la evaluación cualitativa finalizó su gestación por cesárea, de resto todas tuvieron un parto vaginal.

Producto del análisis realizado se configuraron tres categorías: a) una que se enfoca en la violencia institucional, b) otra en la violencia que ocurre en la interacción entre el personal sanitario y la mujer y c) otra que explicita las vivencias de parto en la institución, en diálogo con las dos categorías anteriores. Los resultados, descripciones e interpretaciones se ilustran con testimonios de las participantes (de quienes se incluyó su código de identificación en la investigación, edad, número de embarazos y condición de afiliación al sistema general de seguridad social en salud)*.

9.2.1 Violencia obstétrica institucional

Esta categoría abarca todo lo relacionado con la oferta institucional a la mujer gestante, desde el control prenatal durante el embarazo hasta la atención del parto.

9.2.1.1 Control prenatal sí, pero ausencia de curso psicoprofiláctico

“cualquier cosa que yo le preguntaba, ella me aclaraba”

Todas las entrevistadas reportaron más de 6 controles prenatales en el embarazo cuyo parto fue objeto de análisis. Excepto por una entrevistada, todas manifestaron satisfacción con el control prenatal debido a que recibieron “explicaciones amplias” o a que “se aclaran dudas”, incluso en aquellas cuyo embarazo ocurrió durante la pandemia por covid-19

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

E: Esos controles ¿quién los hacía, un médico, enfermera?

P: Una doctora, una doctora

E: Y la doctora, ¿te explicaba en qué consistía cada control y en qué consistía un embarazo?

P: Sí señora

E: ¿Tú sientes que ella resolvía tus dudas?

P: Sí, cualquier cosa que yo le preguntaba ella me aclaraba

C 39_- Mujer de 24 años, primigestante, régimen subsidiado

P: “Los controles, normal bien. todo, pues bien, los controles muy bien”

E: ¿Cuántos controles te alcanzaste a hacer?

P: Siete.

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

E: ¿Tú sientes que la persona que realizó esos controles te brindó toda la información que tú necesitabas?

P: Sí señorita

E: ¿Las explicaciones eran amplias?

P: las que yo no entendía, pues yo volvía y se las preguntaba, o sea cosas como que me brindara mejor la explicación.

E: ¿Quién te hacía esos controles eran médicos, enfermeras? ¿Recuerdas?

P: Sí era la doctora de médico general.

C139 - Mujer de 18 años, primigestante, régimen contributivo

E: ¿Cómo te sentiste en esos controles prenatales?, ¿sientes que te dieron toda la información que necesitabas?

P: Sí, todo fue muy bien a pesar que estábamos en pandemia y toda esa cosa, fueron más seguros, más cuidadosos.

E: Cuando tú dices que estaban en pandemia y que fueron más cuidadosos, te refieres a que ¿había menos gente en el control?

P: Exacto, sí señora, no se acumulaba tanta gente, en cambio los demás controles de los otros dos niños sí eran más bastante, la gente se acumulaba más.

C138 - Mujer de 30 años, multípara, régimen subsidiado.

El curso psicoprofiláctico fue ofrecido solamente a cinco de las entrevistadas, pero no fue realizado por cuatro de ellas debido a limitaciones económicas o geográficas para desplazarse a los sitios en los que se ofrecía el curso, falta de tiempo o que la metodología remota les impidió su acceso. En los casos en los que no se ofreció tampoco fue solicitado por ellas pues desconocían que existía esa posibilidad.

E: ¿Te ofrecieron el curso psicoprofiláctico?

P: No.

E: ¿Tú lo pediste?,

P: Hmmm, no sabía, *risas*

E: ¿No sabías que existía?

P: Hmmm, no, *risas*

C 39_-Mujer de 24 años, primigestante, régimen subsidiado

E: ¿Por qué no pudiste ir a los cursos?

P: Por cuestión del coronavirus, tocaba todo era como por teléfono, y era como por chat, así de video llamada.

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

E: ¿Hiciste el curso psicoprofiláctico?

P: No señora, no

E: ¿No te ofreció la EPS? o ¿porque no quisiste?

P: No, en el puesto de salud sí me lo ofrecieron, pero donde yo pasaba el control que era cerca, el curso era en otro centro de salud, entonces por lo lejos no fui.

C134_-Mujer de 31 años, multigestante, régimen subsidiado

E: ¿Tú hiciste el curso psicoprofiláctico?,

P: Eeh... ¿ese cuál es?"

E: Donde te enseñan como bañar a tu bebé, como lactarlo, como respirar al momento de trabajo de parto, como van a ser las contracciones.

P: No, eso era un taller, tenía que ir...bueno, me dijeron que tenía que ir con mi esposo, pero yo no asistí

E: ¿Por qué?

P: Eh... bueno, uno de esos me tocaba ir al centro y la verdad no tenía para los pasajes

E: Okey, fue más un tema económico para no asistir

P: Sí, exactamente.

C139 - Mujer de 18 años, primigestante, régimen contributivo

9.2.1.2 Primacía de procesos administrativos para dar inicio a la atención

La percepción de las mujeres sobre el tiempo transcurrido entre la llegada a las instituciones de salud y el inicio de la atención sanitaria es mediada por la intensidad del dolor. Prácticamente todas perciben que este tiempo es menos de media hora, siendo este interpretado como corto o largo dependiendo del dolor. Algunas mujeres perciben que el tiempo invertido en los procesos administrativos de registro (admisión) antes de atención es largo debido al número de maternas que solicitan atención, en especial cuando el ingreso de la atención se da en presencia de dolor intenso.

E: Cuando llegaste a la clínica, ¿cómo fue el registro allá?, ¿cómo fue el ingreso y todo?

P: Bueno, el registro fue así, o sea, me dieron papeles para firmarlos y no sé qué, todo fue rápido

E: Perfecto.

P: Y, mientras iba firmando papeles, en una de esas me llamó el ginecólogo, me hizo una ecografía, me miró y dijo que sí, pues que la bebe venía pequeña, ¿sí?

E: Okey.

P: Bueno, entonces en esas me dijo que igual la vamos a poner en trabajo de parto y todo eso, a ver, y yo, bueno sí señor, entonces...entonces ahí sí me ingresaron, ahí fue rápido el ingreso de una vez.

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

P: Yo, en plenos dolores, bien fuertes inclusive me tocó esperar a que-me llamasen para registrarme, para que me dieran la manilla

E: ¿Cuánto tiempo duraste ahí?

P: Uy, ahí espere como unos quince minutos, unos diez minutos para que me llamasen, para que me atendieran, como yo...como mi mami paga el seguro de nosotros, pues el mío hasta que me hicieran los papeles, me tocaba hacer un copago; pues por tener la bebe ahí. Póngale unos quince minutos mientras hacía todo ese proceso

E: ¿Quién hacía todo ese proceso tú o tu suegra?

P: No, yo entré sola y el de la ventanilla mientras buscaba mi nombre y tenía que hacer el copago, ¿sí me entiende? En la ventanilla, ¿sí? Ya en ese registro 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.

E: Y, llegas allá y te debes registrar para que te vea el médico, ¿cómo fue esa llegada?

P: Eso siempre fue demoradito, porque mi cuñada la dejaron afuera, yo entré sola, me registré, pasé papeles, luego me pasaron a la sala de partos

E: Cuando tú te registras, ¿cuánto tiempo dura en que te registren y pase a verte el médico?,

P: Humm, unos 20 minutos, 20 minutos.

C138 - Mujer de 30 años, multípara, régimen subsidiado

9.2.1.3 Falta de privacidad

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

Todas las entrevistadas refieren que hubo privacidad en algunos procedimientos o momentos durante la atención debido a que había cortinas divisorias, separadores o que estaban a solas con el profesional que las atendía. Sin embargo, la falta de privacidad durante el trabajo de parto y parto fue frecuentemente relatada por las participantes, la cual era referida como una circunstancia muy negativa e indeseada, tanto para ellas como para las demás mujeres que estaban siendo atendidas al mismo tiempo.

P: Yo llegué muy tranquila a comparación de ella [otra mujer en trabajo de parto]. A mí me pareció como poco... me imagino como en ese momento que yo estuviera como ella, porque yo la vi desnuda, porque no me pareció que ella no tenía esa intimidad, porque obvio, ella no lo hacía porque ella quisiera, solo que en esos momentos de dolores ella no podía taparse o la están atendiendo... o la estaba atendiendo como una enfermera, pero al fin yo le pude ver todo. Yo apenas llegué [a la sala] me impacté, porque uno no espera ver [a otras mujeres]. De igual forma uno trata de ser prudente y no incomodar a la otra persona y uno estar como en lo

de uno. Y... ¿sí? pero como es intimidad, yo pensé pues en mí, a mí me va a tocar igual pues...

E: ¿Qué sentías?

P: Pues que no había como ese hecho de por lo menos uno con esa privacidad, ¿sí? No, que eso era ahí abierto... como cuando un animalito va a nacer y que todo el mundo va a ver, así no...

C136_- Mujer de 28 años, múltipara, régimen contributivo

E: ¿Cómo describes esa sala?

P: Bueno en esa sala había varias ahí, ya unas estaban como en trabajo de parto y todo eso.

E: ¿Cuántas había?

P: Había tres muchachas

E: Okey

P: La que está al frente mío ya casi, se le veía el bebé ahí por fuera.

E: O sea, ¿tú podías ver a las mamás teniendo los bebés?

P: Pues... cuando la doctora, la enfermera vieron que el bebé ya prácticamente estaba afuera, se le veía como la cabeza, que la vagina estaba como abierta y eso, ya había como dilatado como lo máximo, ahí sí la pasaron para la otra sala.

E: Okey, o sea, en la sala que tú estabas, ¿había divisiones o como describes eso?

P: No, pues la verdad divisiones no había.

E: ¿Podías ver todo allí?

P: sí claro, ahí se podía ver todo.

En otra institución de salud:

E: ¿cómo describes tú esa sala?

P: Pues muy buena, porque esa sí tenía las separaciones, todo eso, ¿sí?, todo el tiempo estuve monitoreada, ¿sí?,

E: Okey, Listo.

C 52_- Mujer de 24 años, primigestante, régimen subsidiado. Experiencia en dos instituciones

E: En ese momento en el que él [médico] te examina, ¿había privacidad?, o sea ¿era un consultorio solo para ti?

P: sí, sí señora, era un consultorio donde estaba él y yo, nada más

C84 - Mujer de 30 años, multípara, régimen contributivo

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.

Durante la atención del parto en fase expulsiva, la mayoría de las entrevistadas refiere la presencia menor o igual a cuatro personas, aunque algunas relatan la presencia de más personas alrededor de la camilla.

E: Tú recuerdas, ¿cuántas personas había contigo en ese momento del parto?

P: Tres. Estaban los dos médicos y una enfermera, que fue la que me recibió la bebé y el doctor que ayudó a expulsar la bebé, y él otro que me estaba ayudando en la parte de abajo mío.

C139 - Mujer de 18 años, primigestante, régimen contributivo.

E: ¿Recuerdas cuántas personas entraron a esa sala contigo?,

P: Como unas 4.

E: ¿Te ayudaron a cambiarte de camilla?,

P: Sí, ellas me ayudaron a pasarme, como yo no era capaz,

E: Sabes ¿quiénes eran las 4 personas?,

P: Eran como enfermeras, porque la que recibió el bebé creo que era la ginecóloga.

C134 - Mujer de 31 años, multigestante, régimen subsidiado

P: La verdad, pues en ese momento como no había otros partos, tuve como cuatro enfermeras y como cuatro médicos ahí, aparte del ginecólogo y otra doctora, entonces estaban todos.

E: Okey, o sea ¿había como nueve personas en esa sala?

P: Sí, prácticamente porque estaba rodeada la camilla.

C62- Mujer de 20 años, primigestante, régimen subsidiado

9.2.1.4 Imposibilidad de estar acompañada

“uno quiere como a alguien ahí al lado de uno”.

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

A ninguna mujer se le permitió acompañamiento durante el trabajo de parto o parto, pero todas manifestaron su deseo de estar acompañadas “para que me diera fuerza”, por “compañía”, esto les otorga sensación de seguridad. Solamente cuatro mujeres solicitaron acompañamiento por parte de algún familiar o su pareja, sin recibir una explicación clara de por qué no les era permitido; excepto a aquellas (3) cuyo parto fue en época de pandemia, a quienes se les explicó que debido a la situación de emergencia no se permitía el ingreso a un acompañante. Algunas de las entrevistadas reflexionan que la prohibición del acompañamiento se debe a las condiciones físicas de la institución, que no garantiza la privacidad de las mujeres y esta situación empeoraría con la presencia de otras personas.

E: ¿Él [esposo] estuvo allá afuera todo el tiempo?, ¿Tú nunca pudiste estar acompañada en algún momento del parto?

P: no, nada, él afuera

E: Okey.

P: Todo el tiempo afuera.

E: ¿Hubieses querido estar acompañada con él?

P: ¡Uy sí!

E: ¿Por qué?

P: Porque en el momento no sé, uno quiere como a alguien ahí al lado de uno. Uno siente de todo un poco, ¿sí?, nervios, entonces uno como con alguien se siente como más seguro, ¿no?

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

E: En algún momento cuando estaba adentro, ¿cómo se sintió usted?, ¿le hubiese gustado que él [esposo] estuviera?,

P: Sí, a mí me hubiera gustado que él estuviera allí acompañándome

E: ¿Hubiese querido que su esposo la estuviera acompañando en todo el momento?

P: Sí, sí señor, pero como 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

E: ¿Tú hubieses querido que estuviera un familiar en el momento del trabajo de parto?

P: Sí, yo hubiese querido que estuviera mi marido

E: Okey, y ¿tú lo pediste?, ¿Pediste que dejaran entrar a tu esposo?,

P: Pues la verdad no, porque a mí ya me habían dicho que nadie podía entrar

E: Y, la explicación de que nadie podía entrar era ¿por qué?,

P: Por la pandemia

C138 - Mujer de 30 años, multípara, régimen subsidiado

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

A continuación, se presentan hallazgos sobre las percepciones de las entrevistadas sobre el comportamiento del personal sanitario hacia ellas, el cual denota conductas de acción u omisión durante el proceso de atención en las que se incluyen: el control del dolor, la solicitud de autorización para la realización de procedimientos rutinarios y otros que en la actualidad no son recomendados -como la maniobra de Kristeller-, la orientación sobre las posturas en el trabajo de parto y parto, el manejo confidencial de la información durante la atención, la desnudez, la comunicación, el establecimiento del vínculo madre-hijo(a), y finalmente, la percepción sobre el cuidado brindado por el personal sanitario durante la atención institucional.

9.2.2.1 Ausencia de estrategias para el alivio del dolor

“Eso lo dejan a uno ahí, mejor dicho...”

Ninguna de las entrevistadas solicitó procedimientos para el alivio del dolor porque no sabían que se podía pedir o porque desconocían la existencia de procedimientos para aliviar el dolor a los que deberían poder acceder. Solo cinco participantes recibieron la oferta de mecanismos para manejo del dolor, solo en una de ellas los procedimientos realizados (baño con agua tibia, bloqueo epidural) tuvo un impacto positivo en el control del dolor. En las demás entrevistadas, hay relatos explícitos sobre la experiencia de dolor que, en momentos las hizo sentir desesperadas o inmensamente agobiadas.

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

P: Sí. Eso como a las tres de la mañana, tenía dolores, ya me sentía cansada y todo ¡uy no!, me pusieron en la columna, no me acuerdo cómo se llama.

E: ¿Epidural?

P: Eso sí.

E: ¿A qué horas te la colocaron?

P: Cómo a las tres de la mañana.

E: ¿Tú lo solicitaste o te lo aplicaron sin tú solicitarlo? ¿Cómo fue eso?

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.

E: ¿No sentiste dolores?

P: No. Pero ya después sí. La verdad eso se me calmaron los dolores

E: O sea, de uno a diez, siendo uno muy malo y diez excelente, ¿cómo describes ese procedimiento que te colocaron para manejarte el dolor?

P: Pues, de uno a diez así, por ahí un nueve, un ocho, un nueve.

E: Nueve, ok. Listo muy bien. Bueno. ¿Después de la epidural se te fue todo el dolor?

P: Sí, como a las cinco de la mañana, eso me volvieron los dolores y eso, ¡uy no! ¡Ah! ahí me pusieron como una segunda dosis de eso.

C52 - mujer de 24 años, primigestante, régimen subsidiado.

E: ¿Cómo estabas de dolor en ese momento?

P: No pues, o sea para mí fue un dolor, ¿sí? claro, sí, fuerte, pero entonces era contracciones, ejemplo de cuarenta y cinco segundos, tres cada cinco minutos más o menos

E: Okey, entonces si yo te digo diez es algo que duela mucho, ¿tú cuánto le pondrías a esas contracciones de uno a diez?

P: No, diez

E: ¿nunca te ofrecieron algo para el dolor?

P: No.

C62 - Mujer de 20 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

E: Listo, y después ¿qué pasó?

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”.

E: ¿Quién te dijo eso? ¿el médico, la enfermera o quién?

P: El médico, la doctora.

E: La que llegó en la noche después del médico que tú dices que te trato bien.

P: Sí, después de ese médico.

E: ¿Tú recuerdas si ella era ginecóloga o era el médico general de sala de parto?

P: Yo creo que era ginecóloga.

C88 - Mujer de 22 años, primigestante, régimen subsidiado

9.2.2.2 Consentimiento implícito

“Y yo: bueno, sí señora”

En los testimonios de todas las entrevistadas se advierte que los procedimientos rutinarios o habituales en la atención del parto, tales como la realización de tactos vaginales, amniotomía y episiotomía, aplicación de medicamentos (incluido la oxitocina, referida como pitocín) u opresión de pezones fueron generalmente informados previamente, incluso algunas veces fueron brevemente explicados o justificados, lo cual es interpretado por ellas como una solicitud para su realización, sin embargo, ninguna de ellas relató que se le hubiera pedido autorización para llevar a cabo ninguno de estos procedimientos.

E: ¿Cuánto tiempo duraste en esa sala de espera?

P: ... yo entré y en la camilla estuve un rato, el doctor me revisa, me dice: soy el doctor tal, no me acuerdo ni el nombre del señor, me dice: “vamos a revisar en cuanto estas” y luego me dice... “bueno, está en cinco”, él estuvo ahí todo el tiempo con la enfermera, entonces esto....., dijo, “vamos a colocarle líquidos”, no sé a qué se refiere con líquidos supongo que son sueros.

E: Ujum.

P: Este, me pregunta..... una pregunta que me pareció en el momento yo la vi muy coloquial, me dice: ¿mamá a qué hora quiere que nazca su hijo?, ¿al medio día está bien?, y yo le dije: ¿cómo?, ¿cómo que al mediodía? dije yo, ahí ya, pues lo que le digo, me pareció como curioso, ¿sí? entonces esto... entonces él le dice a la enfermera: la mamita quiere que el bebé nazca a medio día, póngale Pitocín, esto Pitocín no, oxitocina.

E: Aja

P: Ni siquiera me dijo, yo escuché que él le dijo a la enfermera.

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

E: Y nace luego tu bebé ¿Sí? ¿En algún momento te hicieron corte a nivel vaginal?

P: Eh... sí, antes de que naciera eh... la doctora me hizo, ella no me dijo, yo solo la vi cuando ya pues me aplicó la inyección, la anestesia y pues me hizo el corte.

E: Okey. O sea ¿No te explicaron?

P: No señor.

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

Al igual que hay relatos sobre la realización de tactos vaginales sin solicitud de autorización, pues a ninguna mujer se le solicitó el consentimiento para su realización, estos fueron algunas veces justificados por el personal médico.

E: cuando llegaste y te examinó el médico, en ese momento que el médico te examina, ¿Te pide permiso cuando te hace el tacto vaginal? ¿cómo fue cuando te hacían tactos vaginales?, descríbenos un poco más sobre eso.

P: No, me decían la voy a revisar, abra las piernas, bájese un poco y ya.

E: ¿Así era como te decían?

P: Sí.

E: ¿Te solicitaban autorización o permiso?

P: No, me decían haber baje un poco la camilla abra las piernas que la voy a revisar.

C88 Mujer de 22 años, primigestante, régimen subsidiado.

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: Si, sí ellos siempre me decían eso.

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

E: ¿Quién te hizo el tacto en ese momento, la enfermera o el médico?

P: Una doctora

E: ¿Una doctora? okey, ¿Te solicitó alguna autorización para el tacto? ¿Cómo te dijo cuando te iba a hacer el tacto?

P: Me dijo... me dijo... vamos a revisarte, vamos a hacer un tacto y yo: bueno, sí señora.

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

9.2.2.3 Procedimientos indebidos

“La doctora me saca la placenta, me la pone en el estómago”

“Ella me dijo que era para ayudarme”

De las catorce mujeres, en nueve de ellas hay relatos sobre la realización de procedimientos que no hacen parte de la rutina de cuidado que debe prestarse a la mujer en parto, como amniotomía realizada de forma manual, colocación de la placenta sobre su cuerpo y maniobra de Kristeller.

E: ¿cómo describes esa parte? ¿Cómo te dijeron?

P: Horrible, eso es muy horrible.

E: Descríbeme eso cómo fue, ¿cómo lo describes?

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.

P: La doctora me saca la placenta, me la pone en el estómago y yo decía “Dios mío, ¿eso qué es?, ¡quíteme eso! ¡qué asco!” dije yo en el momento.

E: Ujum

P: Y me dicen “cómo que qué asco, si es donde estaba su bebé” y le decía quíteme eso rápido porque yo veía que eso se movía, ¡uy no!, ¡quíteme eso!

C139- Mujer de 18 años, primigestante, régimen contributivo.

La realización de la maniobra de Kristeller fue referida por seis de las entrevistadas. De manera característica este procedimiento fue realizado por el personal de salud como una manera de ayudarlas, la cual fue aceptada por ellas en su afán de culminar rápido y sentir alivio del dolor.

E: y... ¿Te suben a la camilla?

P: Ellos me ayudaron a subir y esto... de ahí fueron como dos, tres pujonazos y no fue más.

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

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

E: Pero... okey, esa espichada de ahí arriba de tu barriga ¿cuántas veces duró? ¿Solo fueron las enfermeras?

P: Sí, no, una sola vez, yo me acuerdo que me espicharon y yo me acuerdo que pujé y ya.

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.

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.

E: Okey, o sea ¿La doctora les dijo que te ayudaran?

P: Sí.

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

P: Hacía fuerza con los ojos, entonces vi que en tres pujonazos que hice no salió la bebe, entonces ellas [enfermeras] me ayudaron y el doctor, el enfermero, el doctor no sé qué era, el que estaba ahí con la doctora se hizo de un lado, se subió en las escaleras y me ayudó a bajármela

E: ¿Y cómo? ¿cómo te ayudo a bajártela?

P: En la siguiente contracción me dijo: “en la siguiente contracción usted puja y yo de aquí apoyo mis manos en la barriga debajo de sus senos” y me la ayudó a llevar hacia abajo y yo bueno, hice lo que tenía que hacer, yo no sabía de donde agarrarme, yo iba a prenderme de la sábana de la camilla y me dijo ¡no! aquí abajo de la camilla hay unos ganchitos “mande las manos y agárrese” y yo ok.

E: ¿Y qué sintió usted cuando el enfermero se le montó encima?

P: Incómodo porque yo no sabía que eso tocaba. Pues no, nunca me dijeron ni nada.

E: ¿Nunca le explicaron que le iban a hacer eso?

P: No.

C139 Mujer de 18 años, primigestante, régimen contributivo.

9.2.2.4 Exposición injustificada del cuerpo

“ahí todo el mundo lo ve”

“me quitaron la bata”

La desnudez injustificada o sin consentimiento para realizar algún procedimiento específico fue relatado por cuatro entrevistadas, aludiendo incomodidad debido a su situación de desnudez.

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.

E: ¿En algún momento se sintió expuesta de manera innecesaria?

P: Pues sí, porque uno cuando lo entran al cuarto que lo rajan a uno, me senté en la camilla me aplicaron la cosa esa para la columna, para adormecer y de una vez me quitaron ahí la bata, me lavaron y la puerta abierta y ahí todo mundo lo ve, empezaron a limpiarme, como a prepararme cuando me iban a rajar.

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

E: ¿Te sentiste expuesta cuando te quitaron la bata?

P: Sí, y no solo ahí, sino también cuando estaba en trabajo de parto.

C136 - Mujer de 28 años, multigestante, régimen contributivo.

9.2.2.5 Breve vínculo madre – hijo(a)

“Me lo colocaron un ratico”.

Los relatos muestran que a ninguna mujer se le permitió tener el contacto piel a piel con su bebé durante el tiempo recomendado (una hora), procedimiento realizado para fomentar el vínculo madre-hijo(a) de manera temprana. El reducido tiempo de contacto es interpretado como algo normal o adecuado por las mujeres, dado que a los bebés se les deben realizar procedimientos luego del nacimiento, incluso algunas refieren que se les dio instrucciones de no tocarlo con el argumento de protegerlo de contaminación.

E: Cuando ella [enfermera] recibe el bebé, ¿te lo muestran?

P: Sí, me lo pusieron en el estómago, yo lo toqué y luego se lo llevaron para limpiarlo y pesarlo.

E: ¿cuánto tiempo crees que lograste tenerlo contigo?

P: Ahh no, eso sí es poquito tiempo

E: Y... ¿hubiese querido que fuera más tiempo?

P: No, 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.

E: Bueno, cuando nació tu bebé, ¿qué pasó cuando nació tu bebé?

P: Cuando nació el bebé, esto ya me lo pusieron en la barriga mientras le cortaban el cordón, me lo mostraron.

E: Ehh... ¿Cuánto tiempo crees tú que duró el bebé, contigo en la barriga?

P: Sobre la barriga duró como 5 minutitos.

E: Y, ¿hubieses querido tenerlo más tiempo?

P: Esto, no porque yo creo que eso es como que tienen que limpiarlo, es como riesgoso tenerlo así, ¿no?, entonces creo que no... que me parece bien el tiempo mientras que lo limpian y eso, después se lo llevaron a limpiarlo.

E: Okey listo. Y ya después de ahí cortan el cordón y ¿qué más sucede?

P: Lo pasan a la lámpara.

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

E: ¿Qué pasa cuando nace tu bebé?, te lo ponen a ti o se lo entregan a enfermería, ¿cómo fue ese momento?

P: No, él nació...si me lo pusieron al lado un momentico

E: ¿Un momentico?

P: ¡Ujum!

E: Y, luego ¿qué pasa?, ¿lo toma quién?

P: No, a él se lo llevan a hacerle cómo lo de las cositas de los ojos, y eso...atenderlo a él.

E: Okey.

C136 Mujer de 28 años, multigestante, régimen contributivo.

E: Bueno nació tu bebé y ¿qué pasa en ese momento?

P: Bueno el momento que nace mi bebé, ¿no?, todo bien, la revisé de arriba abajo.

E: ¿Cuándo dices que revisas a tu bebé, es que la ponen en tu pecho o te la muestran?

P: No, esta vez no me la colocaron en el pecho, por eso digo que fue diferente, me la colocaron en el frente y yo podía ver cuando me la voltearon, le contaron todos los dedos.

E: La pudiste tocar o solo mirar.

P: Mirar, tocar no.

E: ¿Por qué no te la dejan tocar?

P: Porque me ayudé de los tubos y me dijeron que no la podía tocar por los microbios, las bacterias y ella acaba de nacer y estaba muy expuesta a cualquier cosa.

C138 Mujer de 30 años, multípara, régimen subsidiado.

E: ¿Cuánto tiempo duró la bebé en tu pecho?

P: Eh...mi bebé duro en mi pecho a eso de unos quince segundos, veinte segundos, como casi un minutico ahí mientras me la limpiaba.

C139 Mujer de 18 años, primigestante, régimen contributivo.

E: Cuando nace tu bebe, ¿qué pasó en ese momento, que hicieron?

P: Me lo pusieron en la barriga, me lo dejaron ver tantico, luego lo limpiaron y lo cambiaron ahí en la misma sala donde yo estaba.

E: Y, ¿cuánto tiempo recuerdas más o menos?, ¿cuánto tiempo alcanzaste a tenerlo en brazos, ahí en ese momento contigo?

P: Humm como dos minutos.

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

9.2.2.6 Comunicación

“Él [doctor] se puso bravo que porque me estaban dando comida si no me tenían que darme comida... Se supone que ustedes son los que saben”.

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

En los relatos de las mujeres es frecuente la imposibilidad de adoptar una postura de su predilección o de ingerir líquidos o alimentos a pesar de experimentar hambre.

9.2.2.6.1 Respetto a las pautas de alimentación en el trabajo de parto y parto

Nueve participantes manifestaron que no comieron o bebieron nada durante el trabajo de parto. Ellas no solicitaron y tampoco les fue ofrecido. Solo dos mujeres preguntaron si podían comer, la respuesta fue positiva para una, pero la comida no fue facilitada por la institución sino por un familiar. Una participante vivió una experiencia contradictoria respecto de las pautas de alimentación institucionales: se le brindó comida y luego fue cuestionada por un médico por haber comido.

E: El tema de la alimentación contigo, ¿cómo fue?, ¿te dieron alimentos?, ¿cómo fue eso?

P: Sí, pero ya al otro día. Es que mi hijo fue como en la madrugada que nació, entonces ya al otro día que salí me dieron algo.

E: ¿Después de que nació?

P: Sí.

E: Pero tú me dices que llegaste a las tres de la tarde a la clínica, ¿sí?

P: Sí. Y el niño nació a las doce y once de la mañana. Y yo hasta el desayuno fue que me dieron algo.

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.

E: ¿En cuánto ibas [dilatación] en ese momento?, ¿Qué te dice él [doctor] en ese momento?

P: Que no había dilatado mucho, iba como en cuatro...como en ese momento de las once, once y media, él [doctor] se da cuenta cuando me hace el tacto...no, como a la hora vuelven y me hacen otro tacto, ¿qué es esto?

E: ¿El mismo?

P: Sí, no me acuerdo, sí, en ese momento bueno, él [doctor] antes de eso me dice que ¿por qué yo no había ido al baño?, que ¿por qué?, que tenía como mucho popó, entonces yo le dije pues de que... ah no, ahí pasaron y me dejaron el almuerzo, porque dan el almuerzo temprano como a las once y media once, yo le dije, "pues a mí me han alcanzado comida pues yo la recibo", entonces [el doctor] se puso bravo que porque me estaban dando comida si no me tenían que darme comida, o sea...o sea, pero como que yo no...o sea empezó como a pelearme, ¿sí? Pues acá me dan, se supone que ustedes son los que saben, entonces como que se molestó, entonces...ahí fue donde me dieron ganas de ir al baño, y yo pedí que me... que yo iba a ir al baño, ¿sí? y ahí me dijeron que no fuera a hacer popó porque yo... pues me dijeron que yo perdía ahí de todo, entonces yo le decía a la muchacha que... la muchacha me decía que no fuera hacer popó

E: ¿La muchacha era la enfermera?

P: Sí, sí la enfermera. Entonces ahí el doctor también estaba sentado en la sala viendo un partido o las noticias, no recuerdo bien, dijo que...ahí había empezado

como a regañarme como si uno fuera un niño, que si yo hacía...que porque no había hecho antes...pues yo no sabía ¿sí?, pues incluso si era eso, no me hubiesen dado comida entonces, pues yo fui al baño, yo traté de no hacerlo, creo que no lo hice, solo <hice chichí> [orinar].

C136 - Mujer de 28 años, multigestante, régimen contributivo

E: Cuando tú dices que no pudiste comer, ¿te ofrecieron comida o líquidos?,

P: Ehh, cuando la doctora me vio antes que me hiciera el tacto, yo le pregunté que si puedo comer y me dijo "sí", vaya coma algo porque esto es demorado... pero entonces yo no tenía hambre, yo tenía era muchísima sed y mi cuñada me compró unos jugos y tomé juguito ... pero entonces ya después que ella nació, ahí si medio hambre, entonces ahí sí me trajeron comida, mi cuñada me compró comida y me llevó.

C138 - Mujer de 30 años, múltipara, régimen subsidiado.

9.2.2.6.2 Adopción de posturas durante el trabajo de parto y parto

Aunque 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.

Característicamente todas narran que fueron conducidas a la camilla de atención de parto y se les dieron indicaciones para acomodarse o se le ayudó a acomodar. En los testimonios prevaleció la indicación estandarizada de que la fase expulsiva inminente debe llevarse a cabo en la camilla de atención de parto. En los relatos se aprecian situaciones contradictorias como indicarles a las mujeres que no deben ponerse de pie porque "se le sale el bebé", pero cuando alguna desea parir en la camilla porque siente que no puede controlar el pujo y manifiesta que desea tenerlo en la camilla, la "obligan" a pasar a la camilla de atención de parto (tocofoano), en algunos casos caminando, lo cual genera temor de que el bebé "se salga" dada la indicación anterior de no pararse.

E: La acostaron en la camilla ¿sí? ¿le permitieron asumir alguna postura diferente, de pronto que usted quisiera hacer? Estar de otra manera, ¿la dejaban?

P: Sí, yo sola me podía acomodar.

E: Y cuando usted ahí en el momento de la... del trabajo de parto en la camilla, ¿Tenía que estar todo el tiempo acostada? o cómo... o ¿usted podía caminar, hacer cuclillas?

P: Siempre acostada.

E: Que le decían las enfermeras o los médicos.

P: Que no me podía, parar porque se me venía el bebé

E: ¿Que no se podía parar porque ¿qué?

P: Se me venía el niño.

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

E: Y cuando tú estás así ya en esas contracciones envolventes, que tú sientes que ya va nacer. ¿Cómo es esa parte cuando estás en la sala de parto? ¿Cómo describes eso?

P: Pues nada ya...de tanto que yo me desesperé, a lo último llegaron las enfermeras, llegó el doctor y dijo pásenme esa niña ya a la sala de parto... Entonces como uno en el momento casi no se puede como mover, los dolores no dejan, ellas prácticamente que lo obligan a uno a levantarse de la cama.

E: Ujum.

P: Y... que me llevan de ahí de la cama de la habitación para la sala de parto así caminando y uno no es capaz y el miedo de uno es que se le salga el bebé

E: ¿Tú hubieses querido tener a tu bebé ahí en la cama que estabas?

P: No, no, pero que lo lleven a uno en una camilla a la sala de parto.

E: Ok. Perfecto.

P: O por lo menos, en una silla de ruedas que uno va sentado y uno dice "bueno, no se me va a salir el bebé"

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

E: O sea que ¿Tú tuviste el bebe en la sala de partos o en la camilla?

P: Ehh... como era cerca, ellas me pasaron de una vez a la sala de partos, yo tenía ganas de tenerlo en camilla, pero ella me dijo que no se podía tener ahí, que me tocaba en la sala de partos.

E: ¿Tú querías tenerlo ahí en la camilla o allá donde ellas te dijeron?

P: Pues como me cogieron las ganas de pujar rápido, yo les decía que no era capaz, porque me decían que me pasara a la camilla y yo les decía que no, que no era capaz, y ellas me ayudaron, me pasé a la camilla y tuve él bebe.

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

P: Sí, entonces ella [enfermera] me levantó de la camilla y digamos que me trató de ayudar a caminar, como cinco metros más o menos para entrar a la sala de parto desde donde yo estaba.

E: O sea, ¿de esa camilla te levantaste y te fuiste caminando a la sala de partos?

P: Caminando, sí, ella me dijo: ¡no pare!, ¡no pare!, porque claro, yo en una fui a parar porque me dio una contracción y ella me dijo: ¡no pare!, ¡no pare! entonces yo me fui caminando a como daba ahí y luego me monté a la camilla y solo fue poner las piernas, me dio una contracción y ya mi hijo salió.

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

P: pues me decía que...que...yo trataba que...ella [enfermera] me decía que estuviera más que todo acostada para poder tomarme el monitoreo. Pero yo no me aguantaba acostada porque era demasiado el dolor.

E: Ujum.

P: Entonces yo lo tomaba de pie.

E: Ok

P: Entonces, ya en un momento me regañaban porque, cuando me venían las contracciones y era monitoreo, pues algo que uno no puede como controlar.

E: Ujum

P: Era algo porque no me podían tomar bien el monitoreo, era que cuando la contracción venía era muy fuerte y que no podían saber cómo estaba el bebé, algo así...entonces yo no podía. ¿sí? O sea...digamos yo subía los pies porque el dolor me...me...me ganaba.

E: Ok.

P: ¡Ay no pero no se mueva! que se le desconectan los aparatos que tiene en la barriga.

C136 - Mujer de 28 años, multigestante, régimen contributivo.

9.2.3 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 abrir las piernas?” evidencian discriminación de género hacia las mujeres entrevistadas, las cuales generaron sentimientos de abatimiento y afectaron negativamente su experiencia de parto.

E: ¿Cuándo ya está en ocho la acuestan allá en donde, en dónde la ingresan?

P: Me canalizaron y me pusieron en una camilla.

E: Cuando la acuestan, ¿qué le explican?, ¿qué le dicen las enfermeras?

P: Nada, que tenía que dejar de gritar, que nada había pasado.

E: ¿Cómo fue el trato con esas enfermeras? ¿Qué le decían?

P: Mal, que o sea... como yo gritaba mucho, me dolía mucho, empezaban a decir que “cuando lo estaba haciendo, ahí si no me dolía”, que eso me pasaba por “abrir las piernas” ...y así.

E: ¿Qué otras cosas te decían?

P: Que... no, “que lo hubiera pensado antes”, “si era que no me iba a aguantar el dolor”, “tan niña y para abrir las piernas si tenía fuerza” ... y ya.

E: Y... ¿Tú qué sentías cuando te decían eso las enfermeras?

P: Rabia.

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

P: Esto...yo tengo tatuajes ¿sí? Obvio en la posición que yo estaba no se me veían y cuando me quitaron la bata, él [médico] empezó a decirme: “mire esta”. O sea, así, estaban en otros temas, en otras cosas.

E: ¿El médico?

P: Sí. Yo ahí me sentí súper mal, en medio de ese momento, que ya estaba, que estaba en otras cosas, pero yo sí me sentí mal porque él empezó a decir “miren esta” ...” miren esta”. Claro, al decir “miren esta”, cada uno está en su trabajo, pero se quedaron como mirándome...cómo...cómo discriminándome. Mire esta, todos esos tatuajes.... Muestre, es que ¿Usted es judía? Claro, porque yo tengo un tatuaje atrás que es una estrella y pues es la estrella de David.

E: Ok...

P: Es una estrella de seis puntas en la espalda, entonces yo le dije: No, yo no soy judía, entonces...o sea, pero me dio rabia en ese momento, me molestó mucho, me sentí mal y entonces después, yo también tengo otro [tatuaje] hacia las costillas, hacia un costado. y..." muestre qué dice ahí", o sea, yo sentía que ese no era el momento para que él [médico] hiciera eso y era el momento y él no era nadie pues para... ¿sí? Para que él empezara como que muestre...

C136 - Mujer de 28 años, multigestante, régimen contributivo

E: Y la comunicación con el personal ahí en la sala, en ese momento que tú estás ahí con dolor, que tú estás ahí pujando ¿Cómo fue esa comunicación con el personal? ¿Con el médico, enfermeras?

P: Había los dos médicos, el que me recibió el bebé y el otro médico en el momento como que no lo vi, pero sí había una enfermera como muy...muy brusca, como muy al hablarle a uno, en cambio la otra enfermera sí me dejó cogerle la mano y me decía que tranquila y eso, pero la otra no.

E: ¿por qué? ¿qué te decía la otra? cuéntame un poco de eso.

P: Eh... era como por ejemplo... "es que eso es lo que deben pensar las mamitas antes de ponerse a hacer hijos", sabiendo que en ese momento uno no le está pidiendo consejos a nadie. Entonces era como muy... yo con ella no.... Ahh y brava, porque yo no me había dejado el niño ahí, en el pecho cuando nació. Entonces yo le respondí: cada cual piensa diferente. Yo en el momento no lo quería, no lo quería tener ahí porque estaba muy débil, me daba miedo que se me cayera y me dijo:" eso es lo que tienen que pensar antes de ponerse hacer bebés" ... ¿no?, no sé qué más...

E: Ok.

P: Y como resentida de la vida porque me decía: "Dios le da hijos a las que no debería y uno que sí quiere, no le da hijos". Así me contestó esa enfermera.

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

9.2.4 Parto en institución de salud, una vivencia dolorosa

Los relatos de vivencias obstétricas recientes evidencian que el trabajo de parto y el parto son procesos en los que el dolor es protagonista. La experiencia dolorosa puede llegar a ser tan intensa que las mujeres relatan angustia e incertidumbre tan grandes con expresiones como “sentí que me iba a morir” o que “ya el cuerpo no me daba”; o tan envolvente que, como relata una entrevistada, “a uno se le olvida que tiene hambre, sed, se le olvida todo”.

Si bien el dolor es afín en todas las entrevistadas, cada una lo experimenta de manera única, desde un dolor “esperado” a un dolor que sobrepasa las expectativas. En todo caso, un dolor “normal”.

En las mujeres multíparas, la experiencia de partos anteriores provee aprendizajes sobre lo que se espera durante el parto, siendo el dolor intenso percibido como normal, aunque se experimente menos “trauma” al ser comparado con partos previos.

E ¿Cómo inicia ese proceso?

P: Bueno, mis partos, esto, han sido digamos que, empiezan de dos días de dolores... y pues uno como ya tiene la experiencia, claro, pues uno espera en la casa y ya

C84 - Mujer de 30 años, multípara, régimen contributivo

P: Entonces la verdad me sentí segura, me sentí bien, no fue como tan traumático como más de una lo hace ver.

E: ¿Te sentías más en confianza?

P: Sí, porque no era el primero, ni el segundo. Ya era el tercero. No fue lo mismo que los otros ¿para qué?, fue supremamente diferente

C138 - Mujer de 30 años, multípara, régimen subsidiado

Esta situación contrasta con la de las mujeres primíparas, para quienes además de doloroso, el parto representa un proceso desconocido, así como lo son los procedimientos institucionales de atención.

E: ¿Tú sientes que se cumplió la expectativa que tú tenías respecto al parto? o ¿Cómo imaginabas que iba a ser ese parto?

P: Pues, la verdad yo no tenía idea de cómo iba a ser, ni lo que me iba a pasar, ni lo que iba a sentir, ni nada, pero pues uno se hace como más o menos la idea, pero la verdad no es nada parecido lo que uno piensa, lo que uno pasa, pues es algo como muy incierto.

C62- Mujer de 20 años, primigestante, régimen subsidiado

E: ¿Hasta qué semana llegaste?

P: Llegué hasta la semana treinta y ocho, eh... empecé a sentir los dolores cuando empezaron como unos cólicos. Eran cólicos muy leves, como yo era primeriza no sabía, era entre semana, era miércoles, jueves póngale y sentí los dolores, así como cólicos, ya a lo último empecé a sentirlos más fuertes, como te digo era primeriza no sabía.

C139- Mujer de 18 años, primigestante, régimen contributivo

A pesar del desconocimiento sobre el proceso y la normalización del dolor, algunas expresaron su clara preferencia por el parto vaginal, ya sea por aversión a la cirugía, “no quería que me rajaran”, o a que se sentían preparadas para tener su hijo (a) de manera natural:

Lo que pasó fue que cuando yo llegué a las 6 de la mañana el doctor de turno ya iba a cambiar, entonces él me dijo ¿qué quieres, parto normal o cesárea?, yo le dije parto normal porque yo estoy en la capacidad de dar el parto normal.

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

A mí lo que me importaba era que naciera mi bebé sana, y que no tuviera ninguna complicación, que de pronto en medio del parto me dijeran “no, no pudimos, toca

para cesárea”, entonces ese era mi afán, que mi bebé naciera bien en parto natural, porque yo no quería que me rajaran, entonces yo decía “tengo que ser fuerte” y mirar cómo la sacaba, entonces en ese momento no me dieron ganas de tomar agua y no me dio hambre.

C139- Mujer de 18 años, primigestante, régimen contributivo

La experiencia dolorosa del trabajo de parto y el parto sucede en un contexto institucional que no permite la compañía anhelada de un familiar, principalmente su pareja, y es agravada cuando la mujer se percibe discriminada o maltratada verbalmente. La falta de estrategias para el control del dolor, la ausencia de consentimiento para realizar tactos vaginales u otros procedimientos, el que no se procure adecuadamente el vínculo temprano con su hijo(a), el que no se proporcione o se les permita la ingesta de líquidos y sólidos, el que no se les permita adoptar posturas que perciben de mayor comodidad durante el parto no representan problemas en la atención para ellas o situaciones que deban ser modificadas, a diferencia de la agresión verbal o discriminación, que claramente son indeseables, injustificables y remediables. Es decir, las expresiones de violencia que las mujeres identifican como tal son la agresión verbal y la discriminación.

E: si nos tuvieras que decir algo a las personas que atienden a las mujeres cuando van a tener a sus bebés, como nosotros, que nos estamos preparando para ser ginecobstetras, los médicos generales o que están estudiando para atender estas situaciones, que les dirías como paciente.

P: bueno, pues uno sabe que esto es un corre, corre para estar pendiente de tantas mujeres en la hora del parto, pero pues sí, que lo hagan con dedicación, que estén un poquito más pendientes, como informándole a uno, por lo menos a mí me cogieron fuera de base con la rompida de las membranas que fue tan rápido, por que como con mis otros niños no fue así.

E: te hubiese gustado que te explicaran

P: sí, porque supuestamente es un tacto, yo creo que era para saber en cuanto iba dilatada, pero fue como tan rápido eso, en cambio con el segundo niño el ginecólogo si me dijo, mamita te voy a romper membranas para ayudarte para que se más rápido

E: ah bueno-- gracias por compartir tu experiencia con nosotros.

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

E: ¿si nos tuvieras que decir algo a las personas que atienden a las mujeres cuando van a tener sus bebés que les diría y a las personas que se están preparando en este caso nosotros que nos estamos preparando como especialistas en ginecología y obstetricia para atender en estas situaciones que les diría?

P: Pues la verdad que lo entiendan a uno, es que traer un hijo al mundo no es tan fácil, es que además, si ya uno no puede porque no pasar al plan B que es la cesárea, y lo otro es que también no tienen por qué juzgarlo a uno, porque uno a los 21 años tuvo un hijo, si eso es decisión de una, no tienen por qué meterse a opinar que porque uno tiene que pensar antes de hacer hijos, que quien me manda a meter las patas, como si ellas me fueran a dar para pañales pa´ comida, o sea no entiendo.

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

E: ¿Si tú tuvieras que decir algo a las personas que atienden a las mujeres cuando van a tener sus bebés qué nos dirías, qué mensaje nos darías?

P: Ah, si cambiar su carácter a la hora de atender, que sean más amigables, como un buen trato, que no sean déspotas, que no se crean superiores.

C130 - Mujer de 21 años, multigestante, régimen subsidiado

A pesar de lo doloroso del parto, todas las mujeres refirieron haber sido bien atendidas debido a que hubo al menos un miembro del personal que las trató bien, que les hizo sentir bien atendidas o que les demostró empatía. Las participantes describen a esa persona como “amigable”, “noble”, que estuvo “pendiente” o “atenta/o” al seguimiento, o que proporcionó explicaciones de los procedimientos.

Aunque las 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.

E: en esas tres horas que duraste ahí, ¿te sentiste abandonada?

P: a ratos sí, porque ni siquiera ni el doctor pasaba, ni la enfermera tampoco, entonces le tocaba a uno esperar y medio mirar a alguien y llamar.

C84 Mujer de 30 años, múltipara, régimen contributivo

E: Y el trato con los médicos ¿Cómo fue ese trato, la comunicación con ellos y con las enfermeras?

P: pues bien, hasta cierto punto.

E: ¿Hasta qué punto? Cuéntame.

P: O sea, cuando uno llega con dolores así normal ellas ahí están, pero cuando uno de mamá se le alteran los dolores es algo muy terrible uno a veces... yo me, como le digo, yo me... yo me alteré mucho, quería como gritar, pero en ese momento debería haber una enfermera o varias, o no sé, pero deberían estar más pendientes de uno. Uno de mamá es tanto el desespero que a uno le dan ganas de pararse, pero ahí a uno le da miedo de que el bebé se venga y se le salga ahí de pie.

E: Cuando tú solicitabas al personal o llamabas al personal ¿cómo era eso? ¿Si llegaban rápido o cómo era eso?

P: No llegaban, no ponían cuidado. Porque ellas lo ven a uno allá y no y cómo saben que ya se está acercando y el dolor es más intenso ellas no le ponen a uno cuidado.

E: Y con la otra enfermera que tú me decías que tenía más empatía, ¿cómo te fue?

P: Ah no, ella sí fue linda, ella me dejó coger de la mano, o sea uno aprieta por la fuerza, entonces ella era como "tranquila mamita, coja aire, vuelva y cuando venga la contracción, puje lo más duro que pueda y ya". Ella me echaba aire, me sobaba la cabeza, o sea para que, ella sí fue muy linda conmigo.

C129: Mujer de 30 años, multigestante, régimen subsidiado

P: Sí, y yo llamaba 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.

10 DISCUSIÓN

Esta investigación se enfocó en indagar la magnitud, factores asociados y percepciones de la violencia obstétrica desde de la perspectiva de mujeres atendidas en instituciones sanitarias de Bucaramanga, empleando para tal fin dos abordajes. El diseño cuantitativo permitió estimar la magnitud de la violencia e indagar algunos factores asociados a su ocurrencia en la población local, mientras que, a partir de las narrativas obtenidas mediante el diseño cualitativo, se interpretaron las interacciones entre las mujeres y los profesionales tratantes en el marco de la infraestructura institucional y la normatividad sanitaria. En esta última se hicieron evidentes manifestaciones de violencia obstétrica, que en su mayoría no eran reconocidas como tal por parte de las participantes.

A la fecha existen desarrollos conceptuales sobre la violencia obstétrica (VO) que la describen como un tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo de la mujer, que afecta la salud reproductiva, viola los derechos humanos de las mujeres y se convierte en una expresión de violencia de género. La VO se enmarca en un trato jerarquizado y deshumanizado que medicaliza y patologiza de manera rutinaria y sistemática los procesos reproductivos, no obstante, al ser una violencia multifactorial involucra de manera importante a las instituciones de salud (violencia institucional) tanto públicas como privadas(69).

En este capítulo se contextualizan los hallazgos del abordaje cuantitativo y posteriormente los del diseño cualitativo, comparando los resultados de ambas metodologías con la literatura publicada sobre el tema. Seguidamente se integran hallazgos de ambos diseños, argumentando interrelaciones entre la magnitud de la VO y las experiencias de las mujeres.

10.1 Abordaje cuantitativo: Violencia obstétrica, violencia omnipresente

Los hallazgos presentados en nuestro trabajo dan muestra de las primeras medidas cuantitativas encontradas en una población de Bucaramanga con relación a la percepción de la violencia obstétrica desde la perspectiva de las mujeres y su asociación con las variables sociodemográficas.

Es preocupante que el 100% de las encuestadas informaron haber experimentado manifestaciones de violencia obstétrica en al menos uno de los dominios evaluados. En este sentido, el análisis comparativo con la literatura mundial muestra que geográficamente hay una gran diversidad de resultados; por ejemplo, existen cifras tan disimiles de reporte de presencia de VO como del 13% al 28% reportada por Katarina Swahnberg(42) o del 98% reportada en Nigeria por Innocent I. Okafor(70). Una diferencia tan alta en cuanto a la percepción del maltrato puede deberse a varios factores: a) la existencia de elementos culturales propios de algunas sociedades que “normalizan” o “justifican” ciertas actitudes asumidas por personas que, por su trabajo, ejercen roles de autoridad. Este puede ser el caso del personal sanitario. En estos casos, la labor asociada al cuidado y atención del trabajo de parto, parto y puerperio facilita que a veces estas actitudes -que pueden ser en realidad maltrato –, estén soslayadas en el concepto de “ayudar” o “facilitar” ese proceso, todo esto anidado en la actitud paternalista que prima en muchas ocasiones en la interacción entre las pacientes y las personas que le atienden. b) Otro elemento crucial en este aspecto es la diversidad de lenguajes e interpretaciones que existen hoy en día sobre el concepto académico de lo que en realidad es Violencia Obstétrica (VO), cómo se caracteriza y tipifica.

Aunque desde el 2010 la literatura ha intentado homogenizar estos elementos con la finalidad de facilitar el reporte e interpretación del fenómeno, a hoy, tenemos mínimamente dos grandes vertientes que proponen dos tipos particulares de lenguaje y conceptos en este aspecto: Browser & Hills (41) y Bohren M(43). Nuestro proyecto de investigación basó el enfoque y análisis del fenómeno de VO según la tipología de Bohren et al. (2015)(43) dado que consideramos que esta tipología nos permitió realizar una mejor caracterización de los conceptos y hechos de lo que es VO, ya que incluye la interacción entre la paciente y el sistema de salud y las dificultades que este elemento genera para que el personal sanitario cuente con las herramientas necesarias para brindar una atención adecuada.

Es relevante destacar que en nuestros hallazgos uno de los principales elementos descriptores del fenómeno de VO estuvo delimitado en el dominio 1 de Bohren, “restricciones del sistema de salud”: fue la falta de acompañamiento durante el trabajo de parto y parto. Este hecho podría ser explicado por la carencia que tienen las Instituciones prestadoras de salud de infraestructuras amigables, que favorezcan la privacidad y permitan la presencia durante esos procesos de otras personas además de la paciente y el

equipo sanitario que le atiende. Comparativamente con publicaciones de investigaciones realizadas en poblaciones similares podemos decir, en relación al acompañamiento durante el parto, que estamos en una situación claramente desfavorable. Por ejemplo, Magriet Meijer et al(55) reportaron en el 2019 en una población ecuatoriana, una prevalencia del 45% de falta de acompañamiento en los casos del trabajo de parto. Ahora bien, para ellas, en los casos de las cesáreas, la ausencia de acompañamiento aumentó al 92.1%. La dificultad que implica permitir el ingreso a un área quirúrgica estéril, de personas que no tienen el entrenamiento para moverse en ella es quizás la explicación a estos resultados. Una mirada muy distinta a este ítem es la que aporta Surbhi Shrivastava(71). Su investigación realizada en la India y publicada en el 2019 muestra una falta de acompañamiento durante el trabajo de parto y parto que se da, tan solo en el 19,6% de los casos. La explicación del porqué de estas grandes diferencias muy probablemente está cimentada en cuestiones asociadas a las costumbres poblacionales: en la India alrededor de dos tercios de las mujeres todavía da a luz a sus bebés en su casa. En ese sentido, al tratarse de un gran porcentaje de ocasiones en las cuales los trabajos de parto y parto se dan en un medio ambiente extrainstitucional, se facilita enormemente que la madre permanezca bajo el amparo de su pareja o familia. En contraprestación a este beneficio no podemos dejar de mencionar que en la India existe un alto índice de morbilidad materna y perinatal asociada a dificultades y complicaciones propias de la atención del trabajo de parto y parto en condiciones no adecuadas(72)

En la misma línea de las dificultades que ocasionan las barreras arquitectónicas para el acompañamiento de las mujeres en trabajo de parto, existe un elemento adicional que empeora las cosas: en algunos casos, las instituciones están en mora de readecuar sus ambientes para adaptarse de la mejor manera posible y garantizar estándares mínimos de privacidad a las pacientes. En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la resolución N° 00003100 de 25 de noviembre 2019(73) “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 un manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud”, resuelve en el punto 11.6 sobre grupo de atención inmediata en el subpunto 11.6.4. menciona en relación al servicio para atención del parto con referencia al estándar de infraestructura: “el ambiente de trabajo de parto debe contar con: área para dos camillas por cada mesa de parto, un sistema de vacío y *barrera física móvil o fija entre camillas* que permita fácil limpieza y desinfección y la privacidad del

paciente, cuando exista más de una camilla”. Hay que resaltar que esta directriz nacional es para todas las instituciones independientemente de su nivel de complejidad; ahora bien, aunque no son todas, este tipo de violencia apareció en nuestra investigación con una frecuencia nada despreciable: 31.6% de las participantes.

El contraste de este hallazgo con la literatura publicada muestra situaciones como la que menciona Kathleen P Banks(74), quien informó en el 2017 que en Etiopía hay problemas con la privacidad de las pacientes en trabajo de parto en el 15,2% de las ocasiones, pero que solo el hecho de no tener mamparas divisorias genera angustia hasta a un 56,5% de las mujeres en trabajo de parto y a un 20% de las pacientes púerperas. David Sando(6) en Tanzania, da cuenta de que esta problemática se presenta hasta en un 53% de los trabajos de parto. En Latinoamérica, la revisión sistemática de la literatura y meta análisis de estudios transversales publicado por Constanza Tobasía-Hege en el 2019 muestra que en Perú(75) no hay divisiones que brinden un nivel de privacidad en el 60,4% de los trabajos de parto. Este informe no dista mucho de nuestros hallazgos.

El dominio 2 según la clasificación de Bohren corresponde a la “falta de comunicación y relación que existe entre el personal sanitario y la paciente. Las manifestaciones de violencia incluidas en este dominio fueron percibidas por casi la totalidad de las participantes (98,5%), hallazgo que contrasta de manera muy particular con lo reportado en 2021 por Shaheeda Labaran Farouk(76), quien encontró en su estudio realizado en Nigeria una afectación de este dominio en un 33% de los trabajos de parto. Consideramos que un elemento diferenciador muy importante entre nuestro estudio y el de Farouk es la alta prevalencia del parto domiciliario en esa población; para ellos, en contraste con nuestro proyecto donde el 100% de las atenciones fueron institucionales, el 50% de los partos fueron domiciliarios. En este punto es pertinente mencionar lo deseable que es equilibrar las ventajas humanas que tiene el parto en casa con las ventajas sanitarias que tiene el parto institucional. Buen ejemplo de esta última afirmación es la evolución que han tenido en los últimos 40 años los índices de morbi-mortalidad materna en Colombia, generados en parte por el viraje que se dio para fortalecer la atención institucional del parto. Datos globales en ese aspecto señalan por ejemplo que África acumula el 57% de la mortalidad materna global(77)(78). Comunidades nigerianas como la ya descrita, tienen tasas de muertes maternas de hasta 200 por cada 100.000 recién nacidos vivos(78) mientras que en Colombia, según las estadísticas de la Dirección de epidemiología y demografía del

Ministerio de Salud y Protección Social en el análisis de “situación de salud” publicado en el 2020 con datos a 2018, se estimó una razón general de mortalidad materna de 45,2 por 100.000 nacidos vivos, cifra más baja de la reportada a nivel latinoamericano (58,2 por 100.000 nacidos vivos(79). La ocurrencia de mortalidad materna refleja las inequidades de un país en el acceso a los servicios sanitarios y refleja brechas de atención entre grupos poblacionales definidos geográfica y socioeconómicamente, además de la carencia en la infraestructura para la atención general de las gestantes y para llevar a cabo trabajos de partos más seguros. Nuestro país se caracteriza por las marcadas diferencias en indicadores de salud y acceso a la atención sanitaria que existen en las diversas regiones; es así como Atlántico, Bolívar, Córdoba, Chocó, La Guajira, Magdalena, Nariño, Amazonas y Vichada tienen razones de mortalidad más altas mientras que Antioquia, Bogotá D.C, Cundinamarca, Huila, Santander, Arauca, Casanare y Putumayo, reportan razones por debajo del promedio nacional (<45 muertes por 100.000 nacidos vivos). La cuestión es que hay ciudades capitales y grandes centros poblados que cuentan con una infraestructura en salud amplia y al alcance de la población general que permite que la mayoría de los partos sean institucionales y la atención oportuna. En esos sitios las cifras nos acercan a cumplir la meta 3.1 de uno de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) para 2030: reducir la mortalidad materna a menos de 70/100.000 nacidos vivos(79). Factores como la pobreza, la falta de infraestructura en comunicación, la carencia de vías, la distancia, la falta de información, la inasistencia a servicios sanitarios adecuados y algunas prácticas culturales agravan esta problemática y no facilitan el cumplimiento de este ODS. Se sabe que la institucionalización del parto ha generado impactos positivos en los índices previamente dichos, pero esto no justifica la violencia obstétrica que se vive en las salas de parto.

Ahora bien, respecto del comportamiento general de este dominio en otras poblaciones comparables con la nuestra, llamó poderosamente la atención el contraste entre nuestros resultados (afectación en el 98.5% de las participantes) y lo publicado en países como Brasil(75) (donde se reportó este dominio positivo apenas en un 3,3% de las pacientes en trabajo de parto), Venezuela(75) (donde fue del 19,5%) y México(75) (donde fue del 20,8%). Al revisar la metodología llevada a cabo en esos proyectos encontramos dos grandes elementos diferenciadores respecto del nuestro: a) el contacto con las participantes se realizó durante el puerperio inmediato o previo al alta hospitalaria y b) los instrumentos de medición fueron aplicados por el mismo personal de salud. Consideramos que en esos proyectos es prudente evaluar la presencia de un importante sesgo de información, no sería

extraño que muchas participantes hayan querido evitar entrar en conflicto con el personal asistencial que le atendió o de no querer decepcionarlo, máxime cuando aún estaban vinculadas a las instituciones y recibiendo atención sanitaria. Nuestro estudio no tuvo esta problemática pues tuvimos una metodología de enfoque poblacional que evitó que se diera la identificación de una institución en particular.

Hecho el análisis global del dominio 2, consideramos de la mayor importancia realizar un análisis comparativo en el contexto global y regional del comportamiento particular de los ítems que lo conforman: carencia de ingesta de líquidos y sólidos durante el trabajo de parto, un trato insensible y lejano por parte del personal sanitario, falta de una postura cómoda para realizar el trabajo de parto, la exposición del cuerpo sin justificación durante el trabajo de parto y la indisposición del personal sanitario para aclarar las dudas expresadas por la paciente o para dar indicaciones comprensibles.

En cuanto a la falta de ingesta de líquidos y sólidos, en nuestro estudio encontramos que se dio en el 82% de los trabajos de parto, y que este porcentaje ascendió hasta un 98,8% en el caso del parto. En contraste con estas cifras, Surbhi Shrivastava(71) en una revisión sistemática de trabajos asiáticos realizados usando la misma tipología de Bohren empleada por nosotros, encontró una prevalencia de este parámetro de apenas el 8%, hallazgo muy en línea con lo publicado por Farouk en 2021 en África(76), quien reportó una prevalencia del 7%. Ahora bien, publicaciones latinoamericanas como la realizada por Constanza Tobasía-Hege en su revisión sistemática y Binfa et al en Chile(75), informan una prevalencia de restricciones para la ingesta de líquidos y sólidos durante el trabajo de parto de hasta un 77,4%; en Brasil Rodríguez(75) da muestra de un porcentaje de restricción del 77,3% para sólidos y 70,8% para líquidos, hallazgos muy similares a los nuestros. Es posible que estas diferencias entre las publicaciones Africanas y de la India y las latinoamericanas, como ya se ha mencionado previamente, sean debidas a que la mayoría de los trabajos de parto y parto son extra institucionales lo cual genera que la administración de alimentos se asuma como un elemento natural a cargo de la familia.

En países como el nuestro este punto es importante materia de discusión pues la mayoría de los partos son institucionales. Respecto de la alimentación durante el trabajo de parto es importante mencionar dos cosas: a) mantener una adecuada alimentación durante el mismo permite mantener un equilibrio nutricional que hace más eficiente el proceso y b) el ayuno

no garantiza un estómago vacío ni menos acidez gástrica. Quizás la preocupación se generó por los trabajos realizados por Mendelson(80) en los años 40, en los cuales cuando había necesidad de dar anestesia a personas en trabajo de parto sin ayuno, se reportaba un aumento del riesgo de bronco aspiración. La preocupación radica en el riesgo de enfermedad pulmonar grave o incluso de muerte que puede generar la naturaleza ácida del líquido estomacal y la presencia de partículas de alimentos cuando ocupan la vía aérea. Para evitar esos riesgos la tradición obstétrica y anestésica ha indicado que se debe restringir la ingesta de sólidos y líquidos a las pacientes en trabajo de parto. Cochrane(80) publicó una revisión sistemática y meta-análisis de 5 ensayos clínicos controlados aleatorizados donde se incluyeron 3130 mujeres en trabajo de parto activo que recibieron solo alimentos, solo líquidos, ambos o ninguno de ellos y comparó los riesgos maternos y fetales derivados de estas limitaciones. Se logró demostrar que dar alimentos y líquidos a las gestantes durante el trabajo de parto activo genera bajos riesgos, aún en los casos en que el nacimiento se da por cesárea. Las técnicas actuales de anestesia regional permiten que esta preocupación sea mucho menor que cuando se administra anestesia general, por lo anterior la Organización Mundial de la Salud (OMS)(37)(80) incentiva al personal de obstetricia y anestesiología a proporcionar libertad y autonomía para elegir la ingesta de alimentos durante el trabajo de parto, pues el beneficio materno y fetal es mayor que los riesgos(37).

Respecto de los cambios de posición y la libertad de movilidad que se le puede brindar a las mujeres en trabajo de parto o en el parto, se ha visto que está relacionado con menores tasas de cesárea, mayor control del dolor e incluso disminución del tiempo en la primera y segunda etapa del trabajo de parto. Cochrane en 2021(81) publicó un resumen de revisiones sistemáticas sobre el efecto de las posiciones verticales en comparación con las horizontales en los resultados maternos y fetales. Si bien la evidencia actual es limitada para evaluar de manera clara los beneficios y riesgos, en términos generales, el mantener una posición vertical acorta la primera etapa del trabajo de parto en promedio 1 hora y 22 minutos y reduce hasta en un 29% la finalización del parto por cesárea en comparación con mantener una posición horizontal.

Kathleen P. Banks(74) encontró que en Etiopia hasta al 83,9% de las mujeres en trabajo de parto no se les pregunta sobre la posición que desean asumir durante este proceso. Surbhi Shrivastava(71) reporta que en la India hay un 92% de ausencia de libertad para que las

mujeres elijan la posición en que desean llevar el trabajo de parto y parto. Estos datos no están lejos de los nuestros donde hasta el 72% de las participantes manifestó que no se les permitió adoptar una posición cómoda para su cuerpo durante el momento del expulsivo. Ahora bien, muy diferente fue lo que encontramos durante el trabajo de parto, donde vimos una reducción de esta limitación a un 21,1% de las participantes. Este hallazgo va en relación con lo encontrado en Chile por Magriet Meijer et al(55) quienes publicaron en 2019 prevalencias de ausencia de posturas cómodas durante el trabajo de parto menores a lo que ocurre durante el momento del parto: 37,2% y 53,4% respectivamente. En otros países latinoamericanos como Perú y Brasil se informan restricciones a la movilidad de las mujeres en trabajo de parto de 21,9% y 37,5% respectivamente(75). Esta actitud hacia la postura de la mujer durante el trabajo de parto/parto podría explicarse teniendo en cuenta que el momento del expulsivo es un punto álgido de atención, donde a quien atiende el parto, bien sea por sencillez o seguridad, hacerlo cuando la paciente está en posición de “litotomía”, le genera un mayor control de la posibilidad de nacimientos explosivos que pueden cursar con laceraciones o desgarros en el periné materno. Existe gran heterogeneidad en los estudios que pretenden clarificar cual es la mejor postura para la atención del parto. Algunos reportes (82) indican que la posición vertical se asocia con disminución del tiempo de duración del primer y segundo periodo del trabajo de parto y menor riesgo de laceraciones del periné y otros que informan que hay mayor riesgo de sangrado posparto y de desgarros(82). Desde la perspectiva de las pacientes, algunas mencionan que perciben que la atención del parto horizontal “da mayor sensación de seguridad y apoyo por parte del personal médico”(82), posiblemente porque es la postura con la cual el personal sanitario está familiarizado dado que es la que se enseña en la práctica clínica(82). Si bien la recomendación actual se basa en que se debe permitir la posición cómoda para el cuerpo de la mujer en el trabajo de parto y parto no hay evidencia clara de si eso genera riesgos, tampoco de cuáles serían.

Sin ser menos importante, el ítem de “trato insensible y muchas veces lejano que se les brida a las pacientes en sus trabajos de parto y parto” puede estar condicionado por la personalidad de quien atiende en ese momento a la mujer. Algunos investigadores mencionan este ítem dentro de la tipología de Bohren como “aquellos problemas con la relación entre las mujeres y el proveedor de salud”. Nieto(75) en México reportó este ítem con una prevalencia del 8.2% y lo describió como “un trato alejado donde no se tienen en cuenta las preocupaciones de ellas”. Shaheeda Labaran Farouk(76) reportó una

prevalencia de este trato hasta en un 27,8% muy similar a lo reportado en nuestro estudio, donde encontramos esta situación hasta en un 21,1% de las participantes.

En cuanto al “dominio 3, normas profesionales de atención médica”, estas se definen como todas aquellas acciones que de una u otra forma el profesional de la salud realiza para ofrecer los más altos estándares de calidad a la población que atiende. En este sentido, la OMS emitió una serie de recomendaciones dirigidas a los profesionales sanitarios que atienden mujeres en estado de gestación, donde favorecen la humanización del parto y que se les dé a las pacientes un mayor poder de decisión durante el trabajo de parto y parto. El tercer tipo de violencia obstétrica que más marcó en nuestro estudio está en relación con este dominio: “el incumplimiento de las normas profesionales de atención medica” Este dominio fue detectado en el 75.2% de nuestras participantes y tiene varios componentes que discriminaremos más adelante. De manera general, el dato de afectación de este dominio que encontramos en nuestro estudio es similar al encontrado en países africanos como Nigeria(76), donde la violencia obstétrica que más se presentó estuvo en relación con el incumplimiento de los estándares profesionales de atención (61,7%). Ahora bien, para ellos el parámetro más afectado de este dominio fue el relacionado con la negligencia y el abandono a las mujeres durante el parto (prevalencias de 38,3% y 29.2%) Innocent I. Okafor(76). En Tanzania David Sando(6) informó prevalencias incluso más altas, de hasta un 52%. En contraste, nuestros hallazgos mostraron que el 12% de las participantes percibió un sentimiento de negligencia y abandono. En Brasil, Ventury y Sousa(75) reportaron negligencia y abandono como positivo en el 2,0% y 2,4% de las participantes de sus estudios.

Otro ítem considerado dentro del marco de los buenos estándares de atención es el control del dolor. Para la mayoría de las mujeres, el dolor de parto es el dolor más intenso que experimentarán en su vida y por lo tanto debe aliviarse. Existen para ello diferentes técnicas farmacológicas y no farmacológicas. Es claro que la analgesia epidural es el estándar de oro para el control del dolor lo cual está relacionado con una mayor satisfacción por parte de la paciente, sin embargo, mecanismos de control del dolor no farmacológicos como la inmersión en agua tibia han mostrado ser eficaces para controlarlo y mejorarlo(83). Mantener un adecuado control del dolor permite el bienestar físico y psicológico de la mujer en trabajo de parto, da tranquilidad y mejora la interacción entre la paciente y el personal sanitario que la atiende. En nuestro estudio reportamos que al 51,8% de las mujeres no se

les brindó en ningún momento medicamentos o alternativas para el control del dolor a pesar de ser una directriz dada por la OMS. Es llamativo este hallazgo si consideramos que en nuestro sistema de salud la analgesia obstétrica es un procedimiento cubierto por el Plan Obligatorio de Salud (POS) según la resolución N° 005521 de 27 de diciembre de 2013 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social(84) que menciona en su capítulo III, 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”. No obstante, nuestros hallazgos evidenciaron que el control del dolor durante el trabajo de parto y parto no es una prioridad y no se considera una intervención rutinaria.

Es de resaltar que la paciente obstétrica debe recibir una atención con los más altos estándares de calidad e integralidad, y en lo que concierne al manejo de su dolor, éste debe ser una prioridad en el abordaje, pues es considerado un sufrimiento de carácter innecesario. En nuestro estudio no encontramos diferencias estadísticamente significativas cuando cruzamos esta variable con el tipo de seguridad social al que estaban adscritas las pacientes, la carencia de soporte para manejo del dolor fue transversal en todas las instituciones independientemente del nivel de complejidad. Es posible que esta falta de discriminación epidemiológica sea debida a que el número de pacientes que tenía acceso a medicina prepagada o planes complementarios no fue importante. Este hallazgo fue similar a lo reportado en Brasil(75) donde no hubo control del dolor en hasta un 61,1% de las mujeres que dieron a luz en hospitales públicos.

En cuanto a los procedimientos médicos que se realizan de manera rutinaria sin sustento científico(37), es claro que se deben evitar. La maniobra de Kristeller o “solo un poco de ayuda” que consiste en la presión que se realiza a nivel del fondo uterino durante el segundo periodo del trabajo de parto, se considera una intervención obstétrica que ocasiona más perjuicios que beneficios, no solo para la madre sino también para el feto pues aumenta el riesgo de hematomas, fracturas costales, traumas perineales, lesiones del piso pélvico por daño en el musculo elevador del ano, rotura o inversión uterina, hemorragia posparto, lesiones del plexo braquial fetal e incluso céfalo hematomas(85). No obstante, a pesar de lo descrito, Surbhi Shrivastava(71) reportó prevalencias de esta maniobra en el 47,8% de los partos. En Chile Thais Brandão & Kirsten Falcon(61) reportaron una prevalencia de un 40,8% de esta maniobra. En Brasil D’orsi(75) mencionó una prevalencia de un 49,8% y

Karina Cristina Rouwe de Souza en 2021(85) reportó una frecuencia del 33,3% de los partos. Todos estos datos son similares a los reportados por nuestro estudio, donde al 41,5% de los partos en el segundo periodo se les realizó.

Uno de los objetivos de la atención del parto es evitar en la medida de lo posible los desgarros perineales. La episiotomía es una intervención quirúrgica que solo debe ser usada cuando se nota la inminencia de este desgarro o en situaciones muy particulares donde se debe abreviar el expulsivo o instrumentarlo(85). Consiste en ampliar el canal vaginal para permitir de manera controlada el descenso de la presentación y evitar lesiones perineales. Es una intervención y como tal es importante que se le explique a la paciente el porqué de la decisión de hacerla y en que consiste. Al ser un procedimiento quirúrgico de baja complejidad es necesario el uso de anestesia local para disminuir el dolor del corte. La episiotomía sin consentimiento de la paciente fue reportada en nuestro estudio en el 43,5% de los partos, hallazgo muy similar a lo encontrado por Thais Brandão & Kirsten Falcon(61) en Ecuador, quienes reportaron una prevalencia de episiotomía sin consentimiento del 51,7%. La revisión sistemática de estudios transversales latinoamericanos publicada en 2019(75) reportó prevalencias en Brasil de este evento del 46,1% y el 87%. La episiotomía no está contraindicada en el periodo expulsivo del trabajo de parto, lo contraindicado es no dar a conocer a la paciente la necesidad de realizarla y no solicitar su autorización para hacerlo.

Finalmente, en relación con la falta de autorización para la realización de los tactos vaginales, práctica muy común en la obstetricia, Kathleen P Banks reportó que esta situación se dio en un 68,4%(74), muy similar a lo reportado en Ecuador por Thais Brandão & Kirsten Falcon(61) que encontraron una prevalencia de hasta el 54,5% de los partos. En nuestro caso llamó la atención una prevalencia mucho más baja de este fenómeno: al 12% de las participantes no se les solicitó autorización para realizarlo. Quizás esto se deba a la misma naturalización del proceso del parto; muchas personas asumen como “normal” este tipo de exámenes y acceden a ellos aún sin que se dé un proceso formal de solicitud de autorización para realizarlos, es por esto que quizás encontramos una prevalencia más baja. La idea no es cuestionar la realización del examen cuando es pertinente, es formalizar un proceso de respeto hacia la paciente mediante la solicitud de su permiso.

En cuanto al “dominio 4: abuso verbal”, encontramos que el 13,5% de las participantes refirieron haber sido gritadas, regañadas y/o insultadas con expresiones ofensivas y que el 6,8% de nuestras encuestadas fue amenazada por su “mal comportamiento” con un mal resultado perinatal. Estos datos son similares a los reportados por Shreeporna Bhattacharya en India(44) (prevalencia de gritos y regaños de un 17% y de amenazas del 6,3%). En Nigeria son gritadas e insultadas hasta en un 27% y amenazadas en el 13,9%(76). En Brasil(75) los reportes mencionan prevalencia de gritos entre el 2,3% y el 3,8% y de amenazas de un 2,5% a 8,2%. En este punto es válido preguntar: 1. ¿qué tan preparados emocionalmente están los profesionales para afrontar manifestaciones de dolor exacerbadas de las pacientes? 2. En caso de que se controlara el dolor de manera más efectiva, ¿el maltrato verbal también disminuiría?

El “dominio 5. Abuso físico” mostró en nuestro estudio una prevalencia del 0,8%. No obstante autores como Innocent I. Okafor(70) en Nigeria reportaron prevalencias altas, de hasta un 35,7% de las encuestadas. Esta disparidad en los hallazgos podría explicarse por factores socio-culturales tales como la violencia, el machismo, los índices de desescolarización y costumbres tales como la mutilación genital. A tomar en cuenta es el hecho de que no todas las investigaciones utilizan categorías similares para medir la violencia obstétrica, muchos utilizan algunas o todas las categorías desarrolladas por Bowser and Hill (2010)(41) que en su tipificación favorece mostrar prevalencias más altas en algunos dominios como este, al incluir en él, prácticas como la maniobra de Kristeller y, realizar tactos vaginales dolorosos.

El “dominio 6. Estigma y discriminación” que se vive en las salas de parto lo reportamos con una prevalencia del 6,8%. En Nigeria Innocent I. Okafor (76) informó en este dominio prevalencias de hasta un 20%. A diferencia de América Latina donde el estigma y discriminación está sustentado en cosas como la presencia de enfermedades de transmisión sexual, religión, estado civil y la edad (75) , en África, la edad de la mujer es el factor que más influye en la presencia de este hecho. El contraste de estos resultados con nuestros hallazgos se da principalmente en el análisis bivariado. Un análisis más profundo se realiza más adelante.

En cuanto al “dominio 7. Abuso sexual” no encontramos ninguna participante que hubiera sufrido este tipo de hecho.

Respecto del análisis bivariado encontramos una asociación estadísticamente significativa entre dos variables y un dominio: las variables nivel de escolaridad (primaria completa e incompleta) y tener más de 3 embarazos, con la tipología de VO del dominio 6. “estigma y discriminación”. Los valores de significancia de cada una de estas relaciones fueron ($p: 0,042$) y ($p: 0,014$) respectivamente, de manera tal que podemos afirmar que, aquellas participantes que tenían más de 3 gestaciones y un grado de escolaridad de primaria o menor tuvieron mayor probabilidad de reportar discriminación y/o estigmatización por parte del personal que las atendía.

En cuanto a las vías de finalización del embarazo, encontramos también una asociación estadísticamente significativa ($p=0,009$) entre la atención del parto por vía vaginal y una mayor probabilidad de que la mujer reporte VO en el dominio de “incumplimiento de las normas profesionales de atención médica”. Esta asociación podría deberse al hecho que la cesárea evita la exposición de la paciente a una serie de intervenciones que favorecen la VO y son propias del parto vaginal, en nuestro caso tal vez la más relevante la duración de la exposición al dolor. Tal vez la cuestión a considerar sería: ¿si controlamos el dolor y mejoramos las condiciones en las cuales se llevan a cabo los trabajos de parto, podríamos disminuir el índice de cesáreas? Cuando se analizan las causas de los partos quirúrgicos en Colombia(86) vemos que aparecen las cesáreas previas, las inducciones fallidas, el desconocimiento de la existencia de métodos de alivio del dolor y la solicitud de la paciente de esta vía del parto, cada vez con mayor frecuencia. No es descabellado pensar que, si mejoramos el conocimiento que las mujeres tienen de sus procesos de gestación y parto empoderándolas de ellos, y si optimizamos las condiciones en las cuales se desarrollan el trabajo de parto y parto, convirtiendo estos eventos en actos amigables, cercanos, poco dolorosos, compartidos y seguros sanitariamente, es posible que las gestantes, las familias y el personal sanitario se involucren más en la posibilidad de los mismos.

Consideramos muy llamativas las diferencias que se documentaron en los dominios 1 y 2 cuando se compararon nuestros hallazgos con las publicaciones africanas y sud-asiáticas y su muy posible explicación asentada en la diferente proporción de partos institucionales que tenemos nosotros Vs los partos en el hogar que tienen ellos. Es innegable que la atención del parto en el seno del hogar brinda un valor agregado desde el punto de vista del acompañamiento, comodidad, privacidad y calidez que puede recibir una persona en

trabajo de parto o durante el parto. El contraste se da cuando se comparan las cifras de morbi-mortalidad materna en esos mismos sitios. Posiblemente la disyuntiva no tendría que existir si la atención sanitaria del parto institucional fuera ofertada en condiciones de excelencia sanitaria, comodidad, seguridad y humanidad.

Bowser & Hill(41) reportaron en el 2010 que a pesar de los eventos que se viven en muchas salas de parto del mundo, gran parte de las mujeres no saben que tienen derecho a un trato respetuoso. Refieren que, de realizarse una encuesta de satisfacción de la paciente, se encontraría que esta satisfacción o confianza es alta en las instituciones de salud a pesar de la presencia del fenómeno de VO, tal y como lo reporta nuestro estudio. Nosotros encontramos una prevalencia de confianza en el parto institucional de un 84% a pesar de una prevalencia de VO del 100%. Este nivel de confianza está en concordancia con lo publicado por David Sando (6) donde la satisfacción con la atención en las unidades de parto fue superior al 60% a pesar de presentar porcentajes de abuso físico de hasta un 54%. Cualquiera pensaría que en ese sentido muchas personas están dispuestas a transar “seguridad sanitaria” por respeto, sin embargo, el problema puede ser más profundo, la cuestión es que muchos conglomerados sociales, de los cuales hacen parte las mismas gestantes, han normalizado situaciones que claramente son anormales pues dan por hecho que las mujeres, y con mayor énfasis las mujeres gestantes, tienen “el deber de soportar” pues “aguantar” hace parte del rol femenino y del proceso de convertirse en madre, y porque hablar de malos tratos a estas personas no es adecuado y porque en general pocas personas aceptan hablar “de lo feo” y el maltrato es eso, entre muchas otras cosas. Para muchos es mejor enfocarse solo en el resultado final: Madre con recién nacido sano en casa, no en lo que ocurre en el proceso del nacimiento de esos recién nacidos.

Existe una problemática adicional a lo que se ha mencionado, y es que a la hora de referirnos al fenómeno de VO las dificultades empiezan desde que no hay una definición consensuada para describirla, o un acuerdo de cómo se mide, cómo se valida y con qué se compara. Todo lo anterior está asociado con a) la escasez de estudios epidemiológicos al respecto, b) la marcada variabilidad de los parámetros de medición y c) la cantidad de formas de presentación que tiene el fenómeno, todo lo cual contribuye a elevar la heterogeneidad del mismo.

10.2 Abordaje cualitativo

10.2.1 Violencia institucionalizada, violencia invisible.

En las narrativas de las mujeres se identificaron acciones u omisiones por parte del personal de salud que las atendió que constituyen manifestaciones de violencia obstétrica y tuvieron lugar en la interacción que se dio entre el personal y las mujeres atendidas en el marco de la cotidianidad institucional. Acciones tales como la desatención del dolor de la mujer, la realización de procedimientos rutinarios sin autorización explícita o de procedimientos no recomendados -como la maniobra de Kristeller-, la exposición injustificada del cuerpo de la mujer, la orientación sobre las posturas en el trabajo de parto y parto y agresión verbal mediante comentarios denigrantes, sexistas o de burla que hacían referencia a aspectos de su vida erótica o a expectativas esperadas dado su rol materno, evidencian prácticas y juicios de valor basados en un modelo hegemónico de atención sanitaria caracterizado por el establecimiento de relaciones jerárquicas de poder entre los profesionales sanitarios y las mujeres que son atendidas.

Durante la atención institucionalizada del parto, se da por hecho la autorización de la mujer para la realización de procedimientos que se consideran “rutinarios”, lo que conlleva a la omisión de la solicitud del consentimiento informado por parte del personal de salud. Jojoa Tobar E (11) documentó algunos procesos de atención denominados “rutinarios” que se hacen violentos (como por ejemplo la maniobra de presión del fondo uterino, la restricción injustificada de alimentos, los tactos vaginales dolorosos, los masajes uterinos posparto y no permitir la adopción de posiciones cómodas) al momento del expulsivo o durante el trabajo de parto. Briceno Morales X y colaboradores (56), documentaron que los médicos de algunas instituciones de salud en Colombia fueron las figuras centrales durante el parto. Ellos estaban exclusivamente a cargo del proceso y cualquier toma de decisiones era unilateral pues a las mujeres no se les pidió su opinión ni su consentimiento. Este hallazgo fue similar a lo mostrados por Valdez Santiago y colaboradores en México (Estudio mixto) (87) quienes documentaron a) la escasa información sobre procedimientos rutinarios que se daba a las mujeres durante el trabajo de parto y b) la ausencia de consentimiento informado para las maniobras y procedimientos que se llevaron a cabo durante el trabajo de parto.

En nuestros hallazgos prevaleció la indicación estandarizada que la fase expulsiva inminente debe llevarse a cabo en la camilla de atención de parto. Briceno Morales X y colaboradores (56) argumentaron que la postura supina para el trabajo de parto y parto indujo sensación de impotencia y falta de contención del dolor en las mujeres. “Normas” de este tipo, asumidas como “políticas institucionales” incidieron negativamente sobre la autonomía de las mujeres y les impidió tener posturas confortables durante el trabajo de parto y parto. En La Habana, García Jordán D y colaboradores (87) encontraron que todos los partos evaluados tuvieron lugar en posición de litotomía.

A través de los relatos de las mujeres se evidencia la operacionalización de algunas de las prácticas “rutinarias” realizadas en la atención del parto y parto. Esta operacionalización se ha denominado desde la sociología el “hábitus profesional autoritario” de los profesionales de la Medicina, basándose en la propuesta teórica de Pierre Bourdieu. Este fenómeno ha sido bien estudiado en México y en Colombia por autores como Fernández Moreno S(88), Briceño Morales et al(56), Jojoa Tobar E(11), Castro Roberto(89) y Victoria E. González C(90). Ellos lo reconocen en sus estudios como la característica más importante que determina la percepción de la calidad de la atención médica recibida, pues genera relaciones asimétricas y desiguales entre el personal de salud y la mujer en estado de embarazo. Estas relaciones autoritarias médicas se basaban en una jerarquía de poder vertical, asumido por el personal de salud como una posición de superioridad. En el desarrollo teórico del hábitus se establece que esta posición tiene su origen durante el proceso de formación en las facultades de Medicina: “...basado en las jerarquías y manejo de poder centrado en la figura médica, lo cual es reforzado en las instituciones de salud a través de la interacción vertical y jerarquizada en la que están estructuradas las interrelaciones cotidianas del personal de salud entre sí y con la población usuaria de los servicios”(91). Es así como se establece un modelo médico dominante: a través de una relación médico-paciente jerarquizada y de subordinación de la mujer que es atendida en las instituciones de salud, lo cual conlleva a que pierda la autonomía en el momento de desarrollar su proceso de trabajo de parto y parto, es decir la mujer pierde protagonismo y se convierte en “objeto de intervención y no en sujeto de derechos”. Muestra de esa aceptación del poder vertical por parte de las mujeres y de los profesionales sanitarios, fue descrito por García Jordán D y colaboradores(87), en las entrevistas realizadas a las mujeres cubanas participes de su estudio, quienes se autocensuraron cuando describieron

momentos de vulnerabilidad durante el parto que las llevaron a alterarse o a pedir una cesárea, y, aunque no mostraron comprensión de la razón por la cual se realizaron varios de los procedimientos, los vieron necesarios y los consideraron favorables para el bienestar de sus bebés, pues en el proceso se les instó a “portarse bien”, a ser “disciplinadas” y a “no gritar”.

Esta desigualdad refleja una falencia que el sistema sanitario debe reconfigurar en las prácticas de poder entre profesionales y pacientes y para esto es fundamental el rol de la academia. Podemos decir en cuanto al momento en que inicia el fenómeno de VO, que tiene su punto de partida antes de la llegada a las instituciones para atender su parto, porque a pesar de que las mujeres asisten a controles prenatales, ellas no están empoderadas de sus procesos reproductivos, siendo el parto es un proceso desconocido. La baja participación en el curso psicoprofiláctico, incluso en las primigestantes, contribuye a este desconocimiento de los procesos naturales del trabajo de parto y parto y pone a las maternas en desventaja, porque desconocen, por ejemplo, cómo puede acudir a técnicas para autocontrolar el dolor o que también pueden solicitar ayuda para el control del dolor.

La baja oferta y participación en el curso psicoprofiláctico en las participantes y las barreras geográficas o socioeconómicas referidas para acceder a este concuerda con los hallazgos de Jojoa Tobar E(11), quien anota dentro de sus hallazgos que las mujeres (madres FAMI, Popayán, Colombia) no recibieron información suficiente sobre el proceso de trabajo de parto y el parto durante los controles prenatales y que la oferta de cursos de preparación para gestantes fue escasa o nula. Cáceres-Manrique FM(92), plantean que “la mayoría de las mujeres que experimentan la maternidad compartida pertenecen al estrato socioeconómico alto. El hecho de poder compartir la maternidad les da autonomía, seguridad y les permite hacer innovaciones mediante el uso de recursos como el curso psicoprofiláctico”.

Además de ser atendidas en un contexto configurado para la subordinación de la mujer, la falta de empoderamiento en los procesos reproductivos también contribuye a la subordinación de las mismas mujeres en la atención del parto, pues ellas admiten que “no saben” que sucederá en el parto y suponen que los profesionales son “los que saben”, como se evidenció en los hallazgos, por lo que una actitud consecuente es la docilidad y el sometimiento. Tal como argumentan Müller y colegas(93), a pesar de que pueda presentarse malestar en ellas, si las mujeres no conocen otras posibilidades de atención

del parto será difícil que se adhieran a un discurso de reivindicación de un nuevo modelo obstétrico.

Ahora bien, también es importante resaltar que en los relatos de las participantes se advierte que tuvieron contacto con algún profesional que no practicaba el hábitus autoritario descrito, pues refirieron un trato o comportamiento amable, comprensivo u orientativo sobre el proceso que estaban experimentando. Este relacionamiento ubica a la mujer como protagonista de su propio proceso. Ante esta situación se plantean algunos cuestionamientos: ¿en qué contextos se producen relaciones no jerárquicas entre profesionales sanitarios y las mujeres en trabajo de parto o parto?, ¿qué aspectos influyen para que los profesionales procuren estos relacionamientos, aun cuando el hábitus profesional hegemónico es el jerárquico? Creemos que esto amerita indagarse en investigaciones posteriores.

Otra arista que debe ser analizada, se da en el ámbito de las interacciones, también jerarquizadas, que ocurren entre las mujeres y el marco normativo e institucional. El ambiente institucional puede limitar la práctica del profesional e impedir el ofrecimiento de recursos que deberían estar disponibles para la atención, como protocolos para el manejo del dolor o cubículos que permitan la privacidad de la paciente. La ausencia de cortinas o de separadores entre cubículos podría ser la justificación institucional de las restricciones institucionales al acompañamiento narradas por las participantes.

Al respecto, Jojoba Tobar E (11) plantea que los miembros del equipo de salud terminan en muchos casos ejerciendo violencia obstétrica aún sin plena conciencia debido a: a) el peso del modelo médico hegemónico, b) el mantenimiento de patrones culturales machistas, c) el cumplimiento de los protocolos de atención y de las políticas institucionales, d) las responsabilidades y sobrecarga laboral que se les asigna desde el sistema de salud, e) una infraestructura que no garantiza la privacidad y el acompañamiento de un familiar significativo.

En este contexto es importante advertir que no solo la mujer es víctima de VO, también lo es el personal sanitario que, aunque no quiere violentar a la mujer, está regido por ese marco normativo y debe ajustarse y realizar su labor en medio de las restricciones y carencias institucionales en aspectos que salen completamente de su control como son la

disponibilidad de recursos y la infraestructura edilicia. Tal como exponen Briceño Morales et al(56), Rocha Acero M(94), Cáceres-Manrique FM(92), Magnone, Campiglia(95) y Müller y colegas(93), los profesionales parte del equipo de salud que buscan poner en práctica el modelo de humanización en la atención son otras víctimas de la VO, pues resultan atacadas por un sistema de salud que mediante sus normativas y restricciones promueve desigualdades en la atención a partir de las condiciones socioeconómicas de las mujeres.

En Colombia, cada mujer debe recibir atención en determinada institución prestadora de salud (IPS), según lo pactado con la entidad promotora de salud (EPS), la cual es la encargada de la afiliación, registro y recaudo de la cotización de los afiliados. Los indicadores sanitarios muestran que en Colombia actualmente el sistema de salud tiene una cobertura del 97,78 % de la población, la atención prenatal con > 4 controles prenatales es del 83,92%, y la atención del parto institucional es del 98,39% (96). Todos estos indicadores reflejan situaciones positivas en el país, sin embargo, cada institución desarrolla e implementa sus protocolos o guías de atención para la mujer en trabajo de parto, en coherencia con la gestión de los procedimientos administrativos y de prestación de los servicios de salud. En estos protocolos la inducción/conducción del trabajo de parto debe tener una indicación clara según riesgo/beneficio materno-fetal. Favorecer la medicalización del trabajo de parto, vulnera la vivencia positiva del parto institucional, promoviendo en las pacientes tal y como lo evidenciamos en algunos relatos, la sensación de dolor e inconformidad.

En el marco de estos protocolos es que suceden todas las manifestaciones de violencia señaladas por las mujeres, que incluso llegan a ser comprendidas o justificadas por las mujeres, como la restricción del acompañamiento, la cual fue referida como una carencia que les debilitó un sentimiento de "seguridad", "fuerza" y "compañía". La falta de acompañamiento tiene efectos más allá del parto, tal como argumentan *Villalón H y colaboradores*(97), *pues* la participación del padre durante el proceso del trabajo de parto y parto, contribuye en el fortalecimiento del vínculo padre-hijo y en el mejoramiento de la relación de pareja, entre otros aspectos. Asimismo, la OMS recomienda que "la mujer en trabajo de parto sea acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija"(37), esto hace que cada mujer viva la maternidad como un proceso diferente.

Respecto de la elección de la postura de su preferencia en el trabajo de parto y parto todas las entrevistadas narraron que fueron conducidas a la camilla de atención de parto y prevaleció la indicación estandarizada de que la fase expulsiva inminente debe llevarse a cabo en ese sitio por política institucional. Tampoco se favoreció en ningún caso, crear el espacio de manera temprana para establecer el vínculo madre-hijo(a), ni se proporcionaron alimentos durante el trabajo de parto sin una clara explicación. Todo esto contrario a las recomendaciones de atención humanizada del trabajo de parto, según lo promulgado por la OMS en el 2018(37).

En contraste con estas recomendaciones, las políticas y marcos normativos que orientan la atención sanitaria para la maternidad en el país y son el soporte para los protocolos y guías de atención institucionales, se han enfocado en el control de los factores de riesgo que generan mortalidad materna y perinatal, lo cual ha permitido avances positivos en los resultados sanitarios. Sin embargo, al reconocer las experiencias de las mujeres en trabajo de parto y parto se puede concluir que se ha dejado de lado la centralidad que debe tener la mujer durante la atención sanitaria, quien además de recibir una adecuada atención desde el punto de vista técnico y científico, debería ser tratada dignamente y libre de manifestaciones de violencia.

Para esto, debe partirse del reconocimiento de que cada parto es una vivencia profunda e inolvidable para la mujer, por tanto, es ella quien debe ser la protagonista de su proceso. Respetar esta premisa les permitirá a las mujeres asumir estos procesos como experiencias positivas y fisiológicas.

Situar a la mujer en el centro de la atención sanitaria requiere de la comprensión del significado de la maternidad, lo cual es necesario para: a) adoptar políticas orientadas a fortalecer programas de control prenatal y de atención del parto, b) orientar la promoción de la salud hacia una atención humanizada de parto de acuerdo a las necesidades de cada mujer, y c) permitirles a las mujeres el empoderamiento de su proceso, tal como argumenta Cáceres-Manrique FM(92). Esta investigación brinda aportes sobre el significado de la maternidad a partir del diálogo de los abordajes empleados que permiten mayor comprensión de las experiencias de parto y parto y de las manifestaciones de VO. A continuación, se destacan elementos de este diálogo de métodos y aportes para promover el protagonismo de la mujer en la atención sanitaria.

10.3 Triangulación de resultados

10.3.1 Abordajes cuantitativo y cualitativo

La violencia obstétrica es un evento que abarca diversas manifestaciones que ocurren bajo el amparo institucional y normativo sanitario, a pesar de las innumerables recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud contra prácticas que generan efectos no deseables a mediano y largo plazo en la vida de una mujer.

Los hallazgos ponen en evidencia que todas las mujeres en trabajo de parto y parto atendidas recientemente en el área de maternidad de las diferentes instituciones de salud de Bucaramanga han sido víctimas de la VO.

Los dos abordajes empleados en la investigación reflejan que las políticas de satisfacción del cliente no están basadas en las recomendaciones de la OMS para parto humanizado, las cuales tratan de garantizar una atención clínica de alta calidad y humana durante uno de los mayores momentos de vulnerabilidad en la vida de una mujer. Los hallazgos desnudan dificultades de atención básica como son el poco control del dolor, la negativa para la administración de líquidos y sólidos; la falta de un acompañante; la ausencia de privacidad para ciertos procedimientos realizados durante el examen físico y la falta de autorización, así como la realización de procedimientos no recomendados.

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, lo cual evidencia el incumplimiento de las normas de habilitación que indican la presencia de estructuras móviles y de fácil implementación que solucionen, aunque sea de manera parcial esta falencia. Situación que tiene un fuerte impacto negativo en las experiencias de trabajo de parto y parto, tal como fueron mostradas previamente.

Está más que claro que estos dos parámetros (ausencia de acompañamiento y falta de privacidad) son generadores de violencia obstétrica, más allá de lo que se desprende del mero concepto de los problemas originados en la interacción de las pacientes con el personal sanitario que las atiende. Las restricciones del sistema de salud ligadas a las carencias que la infraestructura de las instituciones inducen faltas en la garantía del disfrute

de los derechos de la mujer en trabajo de parto y parto y también genera que los profesionales que quieren hacer bien las cosas sean violentados.

Si bien, el estudio no se encaminó a evaluar el impacto que estas falencias institucionales inducen sobre el proceso de toma de decisiones que realiza la paciente y su familia acerca de cuestiones tan importantes como por ejemplo la solicitud cada vez más frecuente que realizan las personas respecto de modificar la vía del nacimiento natural por un parto quirúrgico, a pesar de todas las morbilidades y riesgos que esto genera en el binomio madre/feto y en los sobrecostos que esto provoca en el sistema de seguridad en salud. Las estadísticas del aumento de las cesáreas programadas así lo indican.

El gran contraste es que todas las mujeres fueron víctimas de al menos una situación de violencia pero la mayoría percibió buena calidad de la atención y confía en las instituciones de salud. Esta aparente contradicción refleja qué es lo que las mujeres advierten o reconocen como violencia: la agresión verbal mediante comentarios denigrantes, sexistas o de burla, generadores además de violencia de género.

La magnitud y características de la VO deben ser comprendidas teniendo en cuenta que tanto los profesionales de salud como las mujeres en trabajo de parto y parto son actores que se encuentran en el marco establecido por las normativas poblacionales e institucionales de atención sanitaria vigentes. Cada actor trae consigo experiencias y aprendizajes proporcionados por las estructuras sociales en las que se desenvuelven cotidianamente y configuran el contexto de dicho encuentro, contexto caracterizado por la subordinación de la mujer, el cual puede y debe ser modificado en procura de que las mujeres tengan verdaderas experiencias de parto humanizado y los profesionales sanitarios pueden desarrollar plenamente sus estrategias de cuidado.

Se ha planteado que existe la sumatoria de tendencias que empeoran el problema: por un lado, los profesionales sanitarios que se forman en una estructura que promueve la práctica de un hábitus autoritario y por otro las mujeres que carecen de empoderamiento de sus procesos reproductivos. La solución para esta situación es el cambio en el encuentro entre estos actores, lo que implica que cambie el rol de la academia por un lado y por el otro el fortalecimiento del sistema sanitario para que promueva el empoderamiento de las mujeres en relación con sus procesos sexuales y reproductivos. Estamos convencidos que las

soluciones a las dificultades que hemos demostrado pasan por modificaciones que incluyen la participación de múltiples actores: El sistema de salud debe ser más proactivo en crear lineamientos de atención que favorezcan el goce y bienestar de las mujeres en trabajo de parto y parto, las instituciones prestadoras del servicio deben cumplir los estándares de atención que la normativa les exige, los profesionales sanitarios deben modificar su estructura de atención jerarquizada y hegemónica ante la mujer en trabajo de parto y parto y trabajar en la adquisición y aplicación de competencias humanísticas, las universidades deben incluir en sus programas académicos líneas de aprendizaje en bioética y las sociedades científicas y los gremios deben favorecer en sus afiliados el cumplimiento de protocolos de atención y manejo actualizados que incluyan recomendaciones para controlar el dolor sin descuidar la seguridad de la madre y del feto.

No necesitamos leyes que intimiden y judicialicen a los profesionales sanitarios que si bien es cierto son actores generadores de VO, también son víctimas de ella. Esto ha comenzado a cambiar, sin embargo, los pasos son lentos. Las mujeres deben reconocer su autonomía y aprender a ejercer el pleno control sobre su cuerpo, para ello deben ser capacitadas e informadas.

Prestar un servicio médico con profesionalismo, ética y humanismo es un deber de todos los que escogimos esta profesión. El irrespeto y el abuso durante la atención del parto son problemas de derechos humanos y de salud pública que prevalecen en muchos sitios. Ante esta perspectiva es vital continuar realizando investigaciones que documenten este fenómeno, pues hacerlo lo visibiliza, condiciona y determina. Esas características son las que facilitan proponer soluciones a esta problemática, lo cual es fundamental para alcanzar las metas de la Agenda 2030 relacionadas con la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres.

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. Pertenecemos 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.

11 FORTALEZAS

- a) Es el primer estudio que se realiza en la ciudad sobre violencia obstétrica que servirá de piedra angular para futuras investigación en esta temática
- b) Es un estudio con metodología mixta que permite dar robustez científica a los hallazgos encontrados.
- c) Es un estudio poblacional que brinda información sobre características demográficas de las comunidades y sus relaciones con los contextos sociales, económicos y ambientales que configuran los procesos de desarrollo local, regional y nacional.
- d) El tamaño de la población evaluada fue importante

12 LIMITACIONES

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

13 CONCLUSIONES

- A pesar que no existe un consenso unánime respecto al concepto de VO, si está claro su alta prevalencia. En nuestro estudio fue del 100% dado que todas las mujeres tuvieron al menos un dominio de VO afectado durante su atención.
- La tipología de violencia obstétrica en nuestra ciudad se cimienta en 3 grandes dominios: “restricciones del sistema de salud”, la “falta de comunicación y relación entre el personal sanitario y la paciente” y el “incumplimiento de las normas profesionales de atención médica”
- El único factor sociodemográfico asociado a VO fue tener un nivel de escolaridad primaria o menor grado, mientras que en relación a los antecedentes obstétricos tener una paridad mayor a 3 hijos o parto por vía vaginal se asoció a mayor VO

- La mayoría de participantes tuvo la percepción de haber sido bien atendida durante el parto institucionalizado, solamente fue reconocido algún tipo de VO parcialmente en algunas ocasiones a pesar que todas marcaron positivo al menos para un dominio de VO.
- El tipo de VO más prevalente fue la violencia en el ámbito institucional con afectación durante el trabajo de parto y parto, dada a través de una relación de poder unidireccional que conlleva a la falta de comunicación y relación con el personal sanitario de forma no adecuada.
- En relación al significado social del parto podemos concluir que fue percibido como una vivencia donde el dolor es protagonista de este proceso y es experimentado de manera única.
- Nuestros hallazgos generan una alerta a los entes reguladores gubernamentales, entidades aseguradoras EPS e IPS y/o personal sanitario, para que se generen acciones que eliminen toda acción violenta ejercida sobre la mujer durante el trabajo de parto y parto.
- Fortalecer los procesos formativos de las gestantes durante los cursos de preparación para el parto les permitirá a ellas ser protagonistas y facilitadoras de su trabajo de parto y parto convirtiendo estos en experiencias positivas y libres de violencia

REFERENCIAS

1. Sierra D. Análisis de la violencia obstétrica asociada con la violencia de género y la violación de los derechos humanos en Colombia. Universidad cooperativa de Colombia facultad de derecho. 2018.
2. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Obstetric violence: another form of Human Rights violation*. 2013;4(7). Available from: http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
3. CIDH. Estándares Jurídicos: Igualdad De Género Y Derechos De Las Mujeres. 2015.
4. Vallana Sala V. Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica: discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá. 2016;
5. Blázquez Agudo E. La igualdad de género como objetivo de desarrollo sostenible. *FEMERIS Rev Multidiscip Estud Género*. 2017;2.
6. Sando et al. The prevalence of disrespect and abuse during facility based childbirth in urban Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016;16(1):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-1019-4>
7. Terán p. et al. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Obs Ginecol Venez* [Internet]. 2013;73(3):171–80. Available from: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art04.pdf>
8. Castro R. Violencia obstétrica en México: resultados de la ENDIREH 2016. 2017;1–13.
9. 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.
10. NACER G. Políticas de parto humanizado [Internet]. Universidad de Antioquia. 2003. Available from: <http://www.udea.edu.co>
11. Jojoa Tobar E et al. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Rev la Univ Ind Santander Salud*. 2019;51(2):136–47.
12. González Taveras A. El parto Humanizado como respuesta a la violencia obstétrica. *Rev Estud Críticos Derecho* [Internet]. 2015;11:2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>

13. Pinzón-Villate G. Resolución No. 3280 de 2018 mediante la cual se establecen los lineamientos para la atención de la mujer antes y durante el embarazo y se establece que el parto debe realizarse en un ámbito institucional salvo por dificultades de acceso o por usos y costu. Vol. 64, Revista Facultad de Medicina. 2018. p. 285-293 (Ministerio de Salud, 2020).
14. Sedano M et al. Reseña histórica e hitos de la obstetricia [Internet]. Vol. 25, Revista Médica Clínica Las Condes. Elsevier; 2014. p. 866–73. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70632-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70632-7)
15. Cardenas R. ¿Cómo eran los partos en la Antigüedad? <https://culturacolectiva.com/historia/como-eran-los-partos-en-la-antiguedad/>. 2018.
16. Castell FJ. La institucionalización del parto [Internet]. <https://www.easp.es/blogmsp/2018/10/15/la-institucionalizacion-del-parto/>. 2018. Available from: Escuela andaluza de salud pública
17. Guarín, H. y García S. Partería saber ancestral y practica viva. <https://www.banrepcultural.org/cucuta/actividad/parteria-saber-ancestral-y-practica-viva>. 2018.
18. República de Colombia: Ministerio de Cultura. Resolución 1077 de 2017: Saberes asociados a la partería Afro del pacífico en la lista representativa de patrimonio cultural inmaterial del ámbito nacional y se aprueba su Plan Especial de Salvaguarda. [Internet]. 2017. p. 26. Available from: <https://www.mincultura.gov.co/prensa/noticias/Documents/Patrimonio/20-Partería afro del Pacífico - Resolución.pdf>
19. Ministerio de Salud de Colombia. 100 logros INS en 100 años de historia. Inf Quinc epidemiológico Nac Inst Nac Salud Colomb. 2017;22 Número.
20. Goberna tricas J et al. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas profesión*. 2014;9(1).
21. Purandare CN. The unfinished agenda of women’s reproductive health. *Int J Gynecol Obstet*. 2015;131:S1–2.
22. Arguedas Ramirez G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. 2014;11(1):145–69.
23. Fernández J et al. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Rev Medica Hondureña*. 2017;82(2).
24. Blundell J. Lectures on the theory and practice of midwifery, delivered at guy’s hospital. *Lancet*. 1827;

25. Goer H. Cruelty in Maternity Wards: Fifty Years Later. *J Perinat Educ.* 2010;19(3):33–42.
26. Pozzio. M. La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstetrica. 2016;24(1):101–17.
27. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2016;24(47):56–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>
28. Garcia Gamarra V. Violencia obstétrica y apego en madres primerizas del hospital de la mujer de la ciudad de la paz. 2018;(4):47.
29. Medina G. Violencia obstetrica. 2007;1–4.
30. UNFPA. Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. <Http://VenezuelaUnfpaOrg>. 2007;(9):1–41.
31. Argentina H senado de la nación. Observatorio de Derechos Humanos. Encuentro sobre los avances desde la implementación de la Ley 26.485 y las cuestiones que aún están pendientes de concreción. 2015. 2015;1–116.
32. Quattrocchi P. Violencia Obstétrica. Aportes desde América Latina. *Prim Inf Nac Obs.* 2017;15 Las casildas.
33. Gherardi N. Serie Asuntos de género. Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar. *Cepal.* 2016;141:64.
34. America IL. Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2018; Available from: doi: 10.1111/1471-0528.15270
35. Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. Observatorio de asuntos de género. Ley 1009 de 2006 [Internet]. Available from: <http://www.equidadmujer.gov.co/ejes/Paginas/observatorio-asuntos-genero.aspx>
36. Colombia C de la república de. Proyecto de ley número 147-17 de 28 de junio [Internet]. 2017. Available from: <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/>
37. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. 2018; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>
38. Steen M et al. A metasynthesis fathers’ encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery* [Internet]. 2012;28(4). Available from: doi: 10.1016/j.midw.2011.06.009
39. Cáceres-manrique F. Atención humanizada del parto. diferencial según condición

- clínica y social de la materna. *Fecolsog* [Internet]. 2017;68(2):128–34. Available from: doi: 10.18597/rcog.3022
40. Savage V. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reprod Health* [Internet]. 2017;1–27. Available from: doi: 10.1186/s12978-017-0403-5
 41. Bowser and Hill. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth Report of a Landscape Analysis. USAID from Am people. 2010;1–57.
 42. Swahnberg K et al. Patients' experiences of abuse in health care: A Nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2007;86(3):349–56. Available from: doi: 10.1080/00016340601185368
 43. Bohren M et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Med* [Internet]. 2015;12(6):1–32. Available from: doi: 10.1371/journal.pmed.1001847
 44. Bhattacharya S. Silent voices : institutional disrespect and abuse during delivery among women of Varanasi district , northern India. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018;1–8. Available from: doi: 10.1186/s12884-018-1970-3
 45. Maya ET et al. Women ' s perspectives of mistreatment during childbirth at health facilities in Ghana : findings from a qualitative study Women ' s perspectives of mistreatment during childbirth at. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2018;0(0):1–18. Available from: doi: 10.1080/09688080.2018.1502020
 46. Dinusha Perera et al. When helpers hurt´ : women's and midwives stories of obstetric violence in state health institutions , Colombo district , Sri Lanka. 2018;1–12. Available from: doi: 10.1186/s12884-018-1869-z
 47. Silal SP et al. Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2012;12(1). Available from: doi: 10.1186/1472-6963-12-120
 48. Small R et al. Immigrant women's views about care during labor and birth: An Australian study of Vietnamese, Turkish, and Filipino women. *Birth* [Internet]. 2002;29(4):266–77. Available from: doi: 10.1046/j.1523-536X.2002.00201.x
 49. Flávia Pires A. et al. Violence against women in health care institutions: an emerging problem. *Lancet* [Internet]. 2002;359. Available from: doi: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6
 50. Camacaro M. et al. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de

- violencia obstétrica. 2015;1–6. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27937090009%250>
51. Vela Coral G. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. Universidad Nac Mayor San Marcos. 2015;1–47.
 52. Garay Núñez J. Violencia obstétrica: una mirada desde el interaccionismo simbólico y la etnoenfermería Obstetric violence: a view from symbolic interactionism and ethnonursing. *Rev Iberoam Prod Académica y Gestión Educ.* 2017;
 53. Moreno F. La visibilización de la violencia de género: Reto para la política pública y para el saber sociodemográfico. *Dist Fed.* 2008;vol.14(58):209–30.
 54. Vacaflor Herrera C. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reprod Health Matters [Internet].* 2016;24(47):65–73. Available from: doi: 10.1016/j.rhm.2016.05.001
 55. Magriet 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 [Internet].* 2020;148(3):355–60. Available from: doi: 10.1002/ijgo.13075
 56. Briceño Morales X, Enciso Chaves LV, Yepes Delgado CE. Neither Medicine Nor Health Care Staff Members Are Violent By Nature: Obstetric Violence From an Interactionist Perspective. *Qual Health Res [Internet].* 2018;28(8):1308–19. Available from: doi:10.1177/1049732318763351
 57. Rocha-acero M. Prácticas de atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá. 2019; Available from: doi: 10.17533/udea.rfnsp.v37n1a10
 58. Organización Mundial de la Salud. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility based childbirth: WHO statement. *World Heal Organ [Internet].* 2015;4. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf
 59. Costa Ribeiro M. et al. Confirmatory Factor Analysis of the WHO Violence Against Women Instrument in Pregnant Women : Results from the BRISA Prenatal Cohort. *PLOS Med [Internet].* 2014;1–16. Available from: doi: 10.1371/journal.pone.0115382
 60. Riego Azuara N. Índice de Violencia Obstétrica [Internet]. *Revista Electronica de Portales Medicos.com.* 2015. p. Hospitales de la Zona Conurbada Veracruz-Boca del. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/indice->

de-violencia-obstetrica/

61. Brandão T, Cañadas S, Galvis A, Moreno M, Meijer M, Falcon K. Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. 2016; Available from: doi: 10.1002/ijgo.12625
62. Caballero P et al. Validation of the Spanish version of mackey childbirth satisfaction rating scale. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2016;16(1):1–10. Available from: doi: 10.1186/s12884-016-0862-7
63. Muñoz Poblete C. Mixed methods: a review of their advantages and limitations in health systems and services research. Rev Chil Salud Pública. 2013;17(3):218–23.
64. Hernandez Sampieri R. Metodología de la investigación. 6ta Ed. 2014. 1–634 p.
65. Burns N et al. The Practice of Nursing Research: Conduct , Critique , and Utilization. 2005;365–6.
66. Strauss A& CJ. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia., editor. 2002. 341 p.
67. De Souza Minayo M. La artesanía de la investigación cualitativa. 2009;81–4. Available from: doi: 10.31052/1853.1180.v17.n2.6842
68. Forni P & De grande P. Triangulación y métodos mixtos en las ciencias sociales contemporáneas. Rev Mex Sociol 82. 2020;1:1–31.
69. Lafaurie Villamila M RLD, Perdomo Rubio A CCA. La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. Gerenc y Políticas Salud [Internet]. 2019;18(36):1–25. Available from: doi: 10.11144/javeriana.rgsp18-36.volc
70. Okafor II et al. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2015;128(2):110–3. Available from: doi: 10.1016/j.ijgo.2014.08.015
71. Shrivastava S. Evidence of “obstetric violence” in India: An integrative review. J Biosoc Sci [Internet]. 2020;52(4):610–28. Available from: doi: 10.1017/S0021932019000695
72. OMS. Evolucion de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones OMS, UNICEF, UNFPA, bando mundial y la División de población de las Naciones Unidas. 2015;16. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO_RHR_15.23_spa.pdf?sequence=1
73. Ministerio de la Protección Social. Resolución Número 00003100 De 25 de

- Noviembre de 2019. D Of [Internet]. 2019;2019:1–230. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf>
74. P Banks Kathleen. Jeopardizing quality at the frontline of healthcare: Prevalence and risk factors for disrespect and abuse during facility based childbirth in Ethiopia. Health Policy Plan [Internet]. 2018;33(3):317–27. Available from: doi: 10.1093/heapol/czx180
 75. Tobiasía-Hege C et al. Disrespect and abuse during childbirth and abortion in Latin America: Systematic review and meta-analysis. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2019;43:1–14. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50724>
 76. Shaheeda Labaran Farouk et al. Obstetrics violence among parturient women in Kano State, north-west Nigeria. Sex Reprod Healthc [Internet]. 2021;29(February 2020):100620. Available from: doi: 10.1016/j.srhc.2021.100620
 77. UNFPA. Salud materna en África. 2013;1–6. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/SP_Maternal Health in Africa_factsheet_web_0.pdf
 78. Ministerio de Salud y Protección Social., Instituto Nacional de Salud de Colombia. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Mortalidad materna. Inst Nac Salud [Internet]. 2020;1:1–22. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad materna.pdf
 79. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de la Situación de Salud ASIS-Colombia 2020. 2020;98. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2020-colombia.pdf>
 80. Singata M et al. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013;2013(8). Available from: doi: 10.1002/14651858.CD003930.pub3
 81. Kibuka M et al. Evaluating the effects of maternal positions in childbirth: An overview of Cochrane Systematic Reviews. Eur J Midwifery [Internet]. 2021;5:1–14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8678923/>
 82. Cuy-Chaparro L & cols. Variables clínicas del parto en posición vertical y horizontal: Revisión exhaustiva de literatura. Rev Investig en Salud Univ Boyacá [Internet]. 2021;8(1):91–111. Available from: doi: 10.24267/23897325.601
 83. Czech I et al. Pharmacological and non pharmacological methods of labour pain relief

- establishment of effectiveness and comparison. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018;15(12). Available from: doi: 10.3390/ijerph15122792
84. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución N° 005521 de 27 de Diciembre de 2013, por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). 2014. p. 11.
 85. Rouwe De Souza K. et al. Coexistence and prevalence of obstetric interventions: an analysis based on the grade of membership. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021;21(1):1–12. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-04092-x>
 86. Muñoz-Molina M, Poo-Figueroa AM, Bustos-Medina L, Baeza-Weinmann B. 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. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2014;65(2):129–37.
 87. García-Jordá, D et al. El nacimiento en Cuba: Análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2012;17(7):1893–902. Available from: doi: 10.1590/S1413-81232012000700029
 88. Fernandez-Moreno, S et al. La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud the precautionary principle: Perspectives involving human health aspects and environmental risk. *Rev Gerenc PolitSalud* [Internet]. 2007;6(12):52–76. Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2699%0A%0A>
 89. Castro R. Gender norms and the development of the medical habitus in the years of medical schooling and residency. *Salud Colect* [Internet]. 2014;10(3):339–51. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652014000300005
 90. González C, V et al. Construcción de identidades en el campo médico del actual sistema de salud colombiano: una aproximación desde el análisis de campo de Pierre Bourdieu. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2012;30(3):338-346. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2012000300010&lng=e&nrm=iso&tlng=es

91. Valdez Santiago R et al. El abuso contra las mujeres durante la atención del parto en hospitales públicos en México. *Conamed* [Internet]. 2016;1:42–7. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons161e.pdf>
92. Cáceres-Manrique, F et al. Maternidade: Um processo com diferentes nuances e construção de vínculos. *Aquichan* [Internet]. 2014;14(3):316–26. Available from: doi: 10.5294/aqui.2014.14.3.4
93. Muller, E., Rodrigues, L., & Pimentel C. O tabu do parto: Dilemas e interdições de um campo ainda em construção. *Civ - Rev Ciências Sociais*, [Internet]. 2015;272-293. Available from: doi: org/10.15448/1984-7289.2015.2.17928
94. Rocha-Acero ML, Socarrás-Ronderos F R-LD. Prácticas de atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2019;37(1):53–65. Available from: doi: 10.17533/udea.rfnsp.v37n1a10
95. Campiglia M. Redalyc. Violentar el nacimiento. *El Cotid* [Internet]. 2015;1–9. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32538023009>
96. Ministerio de Salud. Dirección de Epidemiología y Demografía Colombia. Indicadores Básicos de Salud 2021. situación salud en Colombia. 2021;95. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/indicadores-basicos-salud-2021.pdf>
97. Villalón, H et al. Participación paterna en la experiencia del parto). *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2014;85(5):554–60. Available from: doi:10.4067/S0370-41062014000500005

ANEXOS**Anexo 1.***Carta aprobación comité de tesis reducción de tamaño de muestra*

	ACTA COMITÉ DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE GRADO	ESPECIALIDAD	Ginecología y Obstetricia
		FECHA	14/09/2020
		HOJA	1 de 2

Acta N° 002**LUGAR, FECHA Y HORA DE REALIZACIÓN**

Lugar: Reunión Virtual Plataforma Google Meets

Septiembre 14 de 2020

Hora 3: 30 p.m.

ASISTENTES

Dra. Eliana Maribel Quintero Roa – Directora del postgrado de Ginecología y Obstetricia.

Dr. Sergio Eduardo Serrano Gómez: Director Centro de investigaciones Facultad de Ciencias de la salud UNAB

Dr. Miguel Enrique Ochoa Vera: Profesor epidemiología UNAB: Representante del Sr. Decano

OBJETIVO

Revisar las comunicaciones enviadas a este Comité de parte de los residentes del Posgrado en Ginecología y Obstetricia Maira Eloísa Sánchez, Luis Alfredo Espinoza y Diana Álvarez, donde solicitan realizar modificaciones a sus respectivos protocolos de investigación en virtud de las dificultades que la pandemia por Covid-19 les ha ocasionado. Se adjuntan las cartas.

DESARROLLO:

La Dra. Eliana Quintero presenta las solicitudes. Se proceden a analizar los casos:

1. Título del proyecto: Prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cérvix uterino en mujeres entre los 18 y 30 años en el Instituto de Salud de Bucaramanga, Colombia, entre 2018 – 2020.

Investigador principal: Maira Eloísa Sánchez Rincones.

Director: Alonso Padilla Mier

Co-director: Dr. Simón Oróstegui

Asesora Epidemiológica: Dra. Yeny Zulay Castellanos Domínguez

Solicitud: realizar “un ajuste en el tamaño de muestra del estudio en mención”

Fundamentación de la solicitud:

- a) Estimación de tamaño de muestra realizada y aprobada en el protocolo de investigación: El tamaño de muestra se calculó a partir de los resultados reportados por Cardona et al (2014) en su estudio realizado en mujeres del régimen subsidiado de Medellín en quienes se determinó una prevalencia de 9,2% para las mujeres menores de 30 años edad. Así, con un nivel de confianza del 95% un error alfa de 3%, se estimó la inclusión de 357 mujeres de 18 a 30 años.
- b) Entre el 2019 a abril del 2020 se la inclusión de 239 participantes, con una muestra pendiente de recolección a esa fecha de 118 pacientes, ante las cuales se realizó el compromiso de ingresar la muestra faltante, para lo cual se realizó un ajuste al calendario, el cual consistió en

	ACTA COMITÉ DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE GRADO	ESPECIALIDAD	Ginecología y Obstetricia
		FECHA	14/09/2020
		HOJA	3 de 2

impacto que genera la pérdida de poder estadístico ocasionada por la disminución del tamaño de la muestra calculado originalmente.

2. Título del Proyecto: "Caracterización de la violencia obstétrica desde la perspectiva de las mujeres con experiencia reciente de parto, en una población de Bucaramanga".

Investigadores principales: Diana María Álvarez Vega y Luis Alfredo Espinosa Mejía, Md Residentes de Ginecología y Obstetricia.

Directora: Dra. Eliana Maribel Quintero Roa.

Co-directora: Dra. Claudia Milena Hormiga Sánchez

Asesora epidemiológica: Dra. Yeny Zulay Castellanos Domínguez

Solicitudes:

- Reducción del tamaño muestral calculado de 248 a 127 participantes.
- Modificar el criterio de inclusión establecido en el protocolo original:
"Mujer mayor de edad, con experiencia no superior a un año 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"

Se solicita ampliar este criterio a dos años, debido a que en el proceso de recolección de datos (incluyendo la prueba piloto) hemos podido advertir que la experiencia de parto es trascendental en las trayectorias vitales de las mujeres. La recordación de detalles es amplia, incluso en partos que han ocurrido hace más de cinco años, de tal manera que aquellas mujeres que han tenido dos o más hijos contrastan fácilmente sus experiencias relacionadas con sus embarazos y partos.

Fundamentación de la solicitud

a) La fase de recolección de datos tuvo un retraso de aproximadamente cuatro meses a lo planeado. Esa situación se originó por la demora en el análisis del proyecto por parte del Comité de ética del ISABU, y por la no aprobación de la investigación por parte de ellos. Una vez presentado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad, se modificó el esquema de vinculación de la población objetivo, excluyendo la conexión con los puestos de salud del ISABU y acudiendo a maneras alternativas de acceder a las potenciales participantes (personas que viven en la Comuna V de Bucaramanga) tales como realizar muestreo por el mecanismo de bola de nieve y realizar acercamientos con instituciones y organizaciones públicas y privadas enfocadas en brindar asesoría y acompañamiento a mujeres cabeza de hogar y/o en proceso de crianza.

b) La situación actual de pandemia por COVID19 y las medidas de control de la interacción social tomadas por los entes gubernamentales han ocasionado que, esas instituciones se tomaran un tiempo importante para analizar nuestra solicitud de permitirnos acceder a sus bases de datos. Tal es el caso del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) que, solo en días pasados, y después de

	ACTA COMITÉ DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE GRADO	ESPECIALIDAD	Ginecología y Obstetricia
		FECHA	14/09/2020
		HOJA	4 de 2

6 meses de realizada la solicitud, nos permitió contactar telefónicamente a las mujeres adscritas a sus programas de asistencia relacionados con la maternidad reciente (programa "Crecer y Vivir"), que residen en la comuna V de Bucaramanga (nuestra población objetivo). En contraprestación por permitirnos ese acceso, hemos estado brindando asesoría telefónica en puericultura y planificación familiar a las madres que han participado en nuestro estudio.

c) A pesar de haber probado con los mecanismos de acceso a la población objetivo ya descritos, el tamaño muestral recolectado a la fecha asciende a 46 participantes, lo cual se corresponde a un 18.5 % del tamaño calculado. Dicho cálculo fue realizado asumiendo una proporción de prevalencia del 50%, debido a que se desconocían datos de magnitud de la violencia obstétrica en nuestro contexto. De acuerdo con hallazgos del análisis parcial realizado a la fecha, las prevalencias de los principales tipos de violencia obstétrica (restricción del sistema de salud, comunicación entre el personal sanitario y la paciente y el incumplimiento de normas profesionales de la atención médica) son superiores al 80%. Partiendo de estos hallazgos preliminares se realizó un nuevo cálculo muestral, manteniendo los criterios de tamaño de la población de 730 nacimientos en la comuna objeto de análisis, y un nivel de confianza de 95% que fueron empleados originalmente en el protocolo. En la siguiente tabla se presentan las proyecciones de tamaño de muestra requeridos para los tres dominios antes descritos

Tabla 1. Cálculo muestral realizado a partir de los datos recolectados a 18 de agosto de 2020

Tipo de violencia obstétrica	N (%)	Tamaño de muestra requerido	
		Precisión 5%	Precisión 6%
Restricción del sistema de salud	44 (95,6)	60	43
Comunicación y relación entre el personal sanitario y la paciente	42 (91,3)	105	76
Incumplimiento de las normas profesionales de atención médica	38 (82,6)	170	127

Previo al inicio de la discusión la Dra. Eliana Quintero manifiesta su conflicto de interés dado que es la directora del proyecto que se analiza. Por este motivo se abstiene de participar.

El Comité procede a discutir las solicitudes. Se concluye:

- I. Se aprueban las dos solicitudes realizadas
- II. Se sugiere que en el análisis de los datos se realice una diferenciación entre las participantes

	ACTA COMITÉ DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE GRADO	ESPECIALIDAD	Ginecología y Obstetricia
		FECHA	14/09/2020
		HOJA	5 de 2

que se incluyeron cuyo evento obstétrico hubiere ocurrido con uno o dos años de anterioridad a la aplicación de la encuesta.

- III. Se resalta el interés y motivación que los investigadores han tenido para sacar adelante el proyecto

En constancia firman:

FIRMAS



Dra. Eliana Maribel Quintero Roa
Coordinadora de Posgrado de Ginecología y Obstetricia



Dr. Sergio Eduardo Serrano Gómez
Coordinador del Centro de Investigaciones en Ciencias de la Salud y Psicosociales



Dr. Miguel Enrique Ochoa Vera
Profesor epidemiología UNAB: Representante del Dr. Decano

Anexo 2. *Consentimiento informado de estudio cuantitativo*

CONSECUTIVO

--	--	--

Consentimiento Informado para contestar la encuesta del proyecto de investigación titulado: Caracterización de la Violencia Obstétrica desde la perspectiva de las mujeres con experiencia reciente de parto, en una población de Bucaramanga

Usted ha sido invitada a participar del proyecto de investigación titulado: Caracterización de la violencia obstétrica desde la perspectiva de las mujeres con experiencia reciente de parto, en una población de Bucaramanga. Esta investigación es realizada por 2 médicos estudiantes de la Especialización de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Autónoma de Bucaramanga “UNAB” (Diana María Álvarez Vega y Luis Alfredo Espinosa Mejía).

El propósito de este proyecto es conocer cuál es el trato que reciben las señoras que están teniendo sus bebés, por parte de los médicos, enfermeras, camilleros, paramédicos y personal administrativo con quienes tienen contacto, durante la atención del trabajo de parto, o cuando se les atiende el parto o se les programa una cesárea de urgencia y en las primeras horas después de que ya han tenido a sus bebés en los servicios de Sala de Partos de las diferentes clínicas y hospitales.

La estamos invitando a usted a participar, porque tiene un bebé de menos de 1 año. Su participación consistirá en responder las preguntas de una encuesta elaborada para establecer si hubo episodios de maltrato durante su atención, y si los hubo, que tipo de maltrato recibió y quien la maltrató. Dentro del cuestionario existen preguntas como su edad, estado civil, estrato socio-económico y otras que van a explorar de manera directa los casos de maltrato, si hubo golpes, con que la golpearon, si la gritaron, si fueron groseros y utilizaron malas palabras para dirigirse a usted, o incluso si fue víctima de algún tipo de abuso sexual. Si no desea contestar este tipo de preguntas por favor dígaselo a la persona que la está contactando, quien no le insistirá en que participe. Esta negativa a participar NO GENERARÁ ningún tipo de trato diferencial en su atención médica o en la de su familia.

Si usted acepta participar, se le garantiza que los datos que usted aporte, serán completamente confidenciales. Le pedimos no mencionar nombres ni identificar a ninguna persona que haya estado involucrada en su proceso de atención en la Sala de Partos. Nada de lo que usted diga tendrá consecuencias buenas o malas para usted, su familia, la institución en que fue atendida o el personal médico o de enfermería que la atendió. Ninguno de los hechos que usted narre o refiera ocasionará consecuencias legales para nadie. Los resultados de esta encuesta se utilizarán para realizar una investigación sobre posible maltrato en las Salas de Partos y se publicarán en una revista médica, en forma de números y estadísticas, sin identificar ningún nombre de persona que aporta datos (por ejemplo, usted), de personal de salud que la haya atendido, o de Hospital o Clínica donde la atendieron. Esperamos que los resultados permitan aclarar si existe maltrato, y si existe proponer formas de mejorar esta situación y evitar que se repita. Los investigadores (Dres. Diana Álvarez y Luis Espinosa son estudiantes de la Especialización en Ginecología y Obstetricia de la UNAB y proponen este proyecto como su tesis de grado.

La persona que le realizará las preguntas hace parte del grupo de investigación y le puede aclarar las dudas que tenga respecto de su participación.

Calculamos que para aplicarle el cuestionario se requieren de aproximadamente 20 minutos.

Su decisión de participar o de no hacerlo es completamente voluntaria. Si acepta participar, esto no le ocasionará ningún gasto, tampoco recibirá pago por su participación. Usted puede negarse a contestar cualquier pregunta que le incomode o retirarse de la investigación en el momento que así lo desee.

YO _____ con CC _____, después de haber leído y comprendido lo anterior, haber escuchado y comprendido el propósito de este estudio y haber solicitado y entendido a satisfacción las explicaciones a las inquietudes que he manifestado, considero que estoy en la capacidad de aceptar o rechazar participar como sujeto de investigación en este estudio. Seleccione sí o no acepta participar en el proyecto (marque con una cruz)

 SI

 NO

Una parte complementaria de la investigación consiste en que solo a algunas personas se les va a solicitar que participen en una entrevista personal que explora temas similares a lo que se le va a preguntar en el cuestionario. ¿Estaría usted de acuerdo en ser contactada para preguntarle si desea participar en la entrevista? (Marque con una cruz)

 SI

 NO

En caso de tener más inquietudes y desear contactar directamente a los investigadores, puede hacerlo a los siguientes correos electrónicos y/o números de celular: Diana María Álvarez Vega o Luis Alfredo Espinosa Mejía por correo Dalvarez4@unab.edu.co o Lespinosa4@unab.edu.co Celular Dra. Diana: 3102579879 Dr. Luis 3007359546.

FIRMAS DE CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN Y PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Nombre participante:	del _____											
Cédula de Ciudadanía:					De:							
Firma:												
Teléfonos:					Dirección de domicilio							
Celulares:												

Nombre del testigo N°1:											
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cédula de Ciudadanía:		De	
Firma:			

Nombre del testigo N°2:			
Cédula de Ciudadanía:		De:	
FIRMA			

DECLARACIÓN DE LOS INVESTIGADORES DEL ESTUDIO

El investigador o su designado deja constancia que ha comunicado al participante la información relacionada con el proyecto. La persona que firma este formato de Consentimiento Informado ha explicado en detalle el proyecto de investigación y le ha dado la oportunidad a la paciente participante de aclarar las inquietudes presentadas por ella.

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento informado

Firma de la persona que obtiene el consentimiento informado

<input type="text"/>					
DD	MM	AAAA			

Fecha de diligenciamiento: Bucaramanga, _____ de _____ de 2.0_____

CONSECUTIVO

--	--	--

Consentimiento Informado para participar en la Entrevista del proyecto de investigación titulado: Caracterización de la Violencia Obstétrica desde la perspectiva de las mujeres con experiencia reciente de parto, en una población de Bucaramanga

Usted ha sido invitada a participar del proyecto de investigación titulado: Caracterización de la violencia obstétrica desde la perspectiva de las mujeres con experiencia reciente de parto, en una población de Bucaramanga. Esta investigación es realizada por 2 médicos estudiantes de la Especialización de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Autónoma de Bucaramanga “UNAB” (Diana María Álvarez Vega y Luis Alfredo Espinosa Mejía). Ha sido contactada porque previamente participó contestando una encuesta que exploraba temas de posible maltrato en la Sala de Partos, durante la atención que recibió al momento del nacimiento de su hijo menor de 1 año. Cuando contestó esa encuesta, usted manifestó estar de acuerdo en ser invitada a participar en una entrevista que explora el mismo tema.

El propósito de este proyecto es conocer cuál es el trato que reciben las señoras que están teniendo sus bebés, por parte de los médicos, enfermeras, camilleros, paramédicos y personal administrativo con quienes tienen contacto, durante la atención del trabajo de parto, o cuando se les atiende el parto o se les programa una cesárea de urgencia y en las primeras horas después de que ya han tenido a sus bebés en los servicios de Sala de Partos de las diferentes clínicas y hospitales.

Si acepta participar, uno de los investigadores (Dra. Álvarez o Dr. Espinosa) o los dos simultáneamente, le realizarán una entrevista personal, donde le plantearán preguntas dirigidas a explorar el episodio de maltrato que sufrió durante su atención en la Sala de Partos cuando estaba siendo atendida por el nacimiento de su bebé menor de 1 año. Si recordar ese episodio le ocasiona sentimientos que la afectan de manera negativa a nivel anímico, mental o físico, por favor evite participar en esta fase del proyecto. Dígale a quien la está invitando que no desea participar. Esta persona no insistirá ni le solicitará ninguna explicación del porqué no desea hacerlo. Su negativa a participar NO GENERARÁ ningún tipo de trato diferencial en su atención médica o en la de su familia.

Si usted acepta participar, se le garantiza que los datos que usted aporte, serán completamente confidenciales. Le pedimos no mencione nombres ni identifique a ninguna persona que haya estado involucrada en su proceso de atención en la Sala de Partos. Nada de lo que usted diga tendrá consecuencias buenas o malas para usted, su familia, la institución en que fue atendida o el personal médico o de enfermería que la atendió. Ninguno de los hechos que usted narre o refiera ocasionará consecuencias legales para nadie. Los resultados de esta entrevista se utilizarán para realizar una investigación sobre posible maltrato en las Salas de Partos y se publicarán en una revista médica, en forma de números, estadísticas, o temas, sin identificar ningún nombre de persona que aporta datos

(por ejemplo, usted), de personal de salud que la haya atendido, o de Hospital o Clínica donde la atendieron. Esperamos que los resultados permitan aclarar de manera general, si existe maltrato en las salas de parto, y si existe proponer formas igualmente generales de mejorar esta situación y evitar que se repita. Los investigadores (Dres. Diana Álvarez y Luis Espinosa son estudiantes de la Especialización en Ginecología y Obstetricia de la UNAB y proponen este proyecto como su tesis de grado.

La entrevista se llevará a cabo en el sitio, hora y día en que se pongan de común acuerdo usted y el entrevistador. Se calcula que tendrá una duración aproximada de 60 minutos. Si para participar en la entrevista usted debe desplazarse a un sitio diferente a su vivienda, el grupo de investigación le costeará el pasaje de taxi de ida y vuelta a su casa y le invitará un pequeño refrigerio.

Su decisión de participar o de no hacerlo es completamente voluntaria. Si acepta participar no recibirá pago por su participación. Usted puede negarse a contestar cualquier pregunta que le incomode o retirarse de la investigación en el momento que así lo desee.

Yo _____ con CC _____ después de haber leído y comprendido lo anterior, haber escuchado y comprendido el propósito de este estudio y haber solicitado y entendido a satisfacción las explicaciones a las inquietudes que he manifestado, considero que estoy en la capacidad de aceptar o rechazar participar como sujeto de investigación en este estudio. Seleccione sí o no acepta participar en el proyecto participando en la entrevista personal (marque con una cruz)

SI

NO

Como parte del proceso de investigación se requiere que las entrevistas sean grabadas en forma de audio. Esas grabaciones posteriormente se pasan a un formato escrito y las grabaciones se destruyen. ¿Autoriza usted que la entrevista que en la que va a participar sea grabada en formato de audio y que luego de ser transcrita se destruyan esas grabaciones? (Marque con una cruz)

SI

NO

En caso de tener más inquietudes y desear contactar directamente a los investigadores, puede hacerlo a los siguientes correos electrónicos y/o números de celular: Diana María Álvarez Vega o Luis Alfredo Espinosa Mejía por correo Dalvarez4@unab.edu.co o Lepinosa4@unab.edu.co Celular Dra. Diana: 3102579879 Dr. Luis 3007359546.

FIRMAS DE CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN Y PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Nombre participante:	del					
Cédula de Ciudadanía:		De:				
Firma:						
Teléfonos:						

		Dirección de domicilio	
Celulares:	/		

Nombre del testigo N°1:			
Cédula de Ciudadanía:		De	
Firma:			

Nombre del testigo N°2:			
Cédula de Ciudadanía:		De:	
FIRMA			

DECLARACIÓN DE LOS INVESTIGADORES DEL ESTUDIO

El investigador o su designado dejan constancia que ha comunicado al participante la información relacionada con el proyecto. La persona que firma este formato de Consentimiento Informado ha explicado en detalle el proyecto de investigación y le ha dado la oportunidad a la paciente participante de aclarar las inquietudes presentadas por ella.

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento informado	Firma de la persona que obtiene el consentimiento informado																
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">DD</td> <td colspan="2">MM</td> <td colspan="4">AAAA</td> </tr> </table>									DD		MM		AAAA				
DD		MM		AAAA													

Fecha de diligenciamiento: Bucaramanga, ____ de _____ de 2.0 ____

Anexo 4. Instrumento cuantitativo

CUESTIONARIO METODOLOGÍA CUANTITATIVA

**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.”**

--	--	--

Consecutivo

Correspondiente con el consecutivo del 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

Las preguntas señaladas con (*) corresponden a las seleccionadas como marcadoras de violencia obstétrica, con una de ella se consideró positiva de violencia para ese dominio la participante

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 ()

1. Restricciones del sistema de salud

En caso de presentar respuesta afirmativa, se deberá especificar en las otras opciones de respuesta, ¿quién(es) fue(ron) el(los) autor(es) del hecho? De lo contrario salte a la siguiente pregunta.

- **Durante la atención de su último parto/cesárea: Refiérase a los enunciados de este dominio.**

¿Considera usted que había pocas personas para atender a todas las mujeres en el servicio de urgencias?	Si () No ()
¿Al momento de hospitalizarla le asignaron una cama o camilla única y lo suficientemente cómoda para poder llevar a cabo el trabajo de parto? *	Si () No ()
¿Con cuantas otras pacientes tuvo que compartir el espacio durante el transcurso de su trabajo de parto /cesárea?	Ninguna (), 1 (), 2 (), 3 (), 4 (), 5 (), 6 (), >6 ()
¿Dónde realizó su trabajo de parto?	Cama (), camilla () silla (), de pie ().
¿Dónde realizó la atención del parto?	Cama de parto (), cama (), camilla () silla ().
¿Tuvo privacidad al momento en que se le realizaban los exámenes físicos, tactos vaginales o monitoreos fetales? *	Si () No ()
¿Se le permitió el acompañamiento de su compañero(a) o una persona de su familia durante el trabajo de parto? *	Si () No ()
¿Se le permitió el acompañamiento de su compañero(a) o una persona de su familia durante el parto? *	Si () No ()
¿Por qué no pudo estar acompañada?	Eran normas del hospital () No me informaron sobre esa opción () No había acompañantes disponibles () El acompañante no realizó el curso psicoprofiláctico () El/La profesional que atiende el parto no lo autorizó () Otro _____
¿Cuánto tiempo transcurrió entre su llegada al centro de atención y su registro como paciente? *	Menor a 1 Hora (), 1-2 Horas (), 3-4 Horas (), ≥ 4 Horas ()

¿Cuánto tiempo transcurrió entre su registro como paciente y el inicio de la atención por el personal de salud? *	Menor a 1 Hora (), 1-2 Horas (), 3-4 Horas (), ≥ 4 Horas ()
¿Considera Ud. que Hubo demora en la atención de su ultimo parto?	Si () No ()
¿Cuál fue el momento que más demora tuvo?	¿Cuál? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

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

¿Considera usted que la comunicación, explicaciones e indicaciones que recibió por parte del personal de salud durante la atención de su último parto/cesárea fue buena, amplia y comprensible? *	Si () No ()
¿Se le permitió preguntar y aclarar sus dudas respecto de la atención que estaba recibiendo? *	Si () No ()
¿Considera usted que algún miembro del personal de salud que le atendió en su último parto/cesárea le brindó un trato insensible y lejano? *	Si () No ()
¿Quién o quiénes le brindaron un trato insensible o lejano?	Médico/a () Enfermera/o () Camillero/a () Personal de ambulancia () Otro () No estoy segura del cargo () Puede marcar más de una opción.
¿Se le permitió asumir la postura que era más cómoda para su cuerpo durante el trabajo de parto? *	Si () No ()
¿Se le permitió asumir la postura que era más cómoda para su cuerpo durante el parto? *	Si () No () N/A ()
¿Se le permitió tomar líquidos o ingerir sólidos durante el trabajo de parto? *	Si () No ()
¿Se le permitió tomar líquidos durante el parto? *	Si () No () N/A ()
Se le permitió estar cubierta durante el trabajo de parto o el parto en los momentos que no era necesario estar descubierta. *	Si () No ()

¿Se sintió expuesta de manera innecesaria en algún momento durante su trabajo de parto o parto? *	Si (___) No (___)
---	-------------------

3. Incumplimiento de las normas profesionales de atención médica.

En caso de presentar respuesta afirmativa, se deberá especificar en las otras opciones de respuesta, ¿quién(es) fue(ron) el(los) autor(es) del hecho? De lo contrario salte a la siguiente pregunta.

Durante la atención de su último parto/cesárea: Refiérase a los enunciados de este dominio.

¿Se le brindó o recibió en algún momento medicamentos o procedimientos para el manejo del dolor? *	Si (___) No (___)
¿Cuál medicamento o procedimiento?	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos vía oral Si (___) No (___) • Medicamentos EV o IM Si (___) No (___) • Analgesia Epidural Si (___) No (___) • Utilización de bolas fitness Si (___) No (___) • Tina con agua tibia Si (___) No (___) • No se especifica (___) • Puede marcar más de una opción
¿Recibió explicación sobre el medicamento o procedimiento ofrecido? *	Si (___) No (___) N/A (___)
En caso de cesárea de urgencia ¿Se solicitó su autorización para realizar el procedimiento? *	Si (___) No (___) N/A (___)
¿Se le explicó de forma verbal o escrita, que se le iba a romper las membranas (o la bolsa/fuente)? *	Si (___) No (___) N/A (___)
¿Se le explicó de forma verbal y/o escrita que se le iba a realizar una episiotomía y el porqué de esa decisión? *	Si (___) No (___) N/A (___)
¿Se le realizó la maniobra de Kristeller? *	Si (___) No (___) N/A (___)
¿Considera que hubo privacidad en el manejo de la información sobre usted o su estado de salud? *	Si (___) No (___)
¿En caso de que se hubiera presentado alguna falla en la privacidad del manejo de la información sobre usted o su estado de salud, la persona que rompió esa privacidad fue?	Médico/a (___) Enfermera/o (___) Camillero/a (___) Personal de ambulancia (___) Otro (___) No estoy segura del cargo (___) Puede marcar más de una opción
¿Se sintió sola, abandonada o descuidada durante la atención de su parto? *	Si (___) No (___)
¿Sintió que ya quería pujar y a pesar de informarlo nadie se acercó a vigilar si su hijo(a) ya estaba listo(a) para nacer?, o ¿Pidió ayuda y nadie se acercó con prontitud a usted? *	Si (___) No (___)
¿Le solicitaron su autorización cuándo se le realizaron tactos vaginales? *	Si (___) No (___) No en todas las ocasiones (___)
¿Quién o quiénes no solicitaron su autorización?	Médico/a (___) Enfermera/o (___) Camillero/a (___) Personal de ambulancia (___) Otro (___) No estoy segura del cargo (___) Puede marcar más de una opción

4. Abuso verbal

En caso de presentar respuesta afirmativa, se deberá especificar en las otras opciones de respuesta, ¿quién(es) fue(ron) el(los) autor(es) del hecho? De lo contrario salte a la siguiente pregunta.

- ¿Durante la atención de su último parto/cesárea fue en algún momento?. Refiérase a los enunciados de este dominio.

Gritada, regañada, insultada o se dirigieron a usted con expresiones ofensivas. *	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
¿Quién o quiénes la gritaron, insultaron o se dirigieron con expresiones ofensivas?	Médico/a (<input type="checkbox"/>) Enfermera/o (<input type="checkbox"/>) Camillero/a (<input type="checkbox"/>) Personal de ambulancia (<input type="checkbox"/>) Otro (<input type="checkbox"/>) No estoy segura del cargo (<input type="checkbox"/>) Puede marcar más de una opción.
Amenazada por su comportamiento, con un mal resultado en su bebé o recibió amenazas o comentarios negativos. *	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
¿Quién o quiénes la amenazaron o hicieron comentarios negativos?	Médico/a (<input type="checkbox"/>) Enfermera/o (<input type="checkbox"/>) Camillero/a (<input type="checkbox"/>) Personal de ambulancia (<input type="checkbox"/>) Otro (<input type="checkbox"/>) No estoy segura del cargo (<input type="checkbox"/>) Puede marcar más de una opción.
¿Se le Amenazó con suspender la atención que estaba recibiendo? *	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
¿Quién o quiénes la amenazaron con suspender la atención que estaba recibiendo?	Médico/a (<input type="checkbox"/>) Enfermera/o (<input type="checkbox"/>) Camillero/a (<input type="checkbox"/>) Personal de ambulancia (<input type="checkbox"/>) Otro (<input type="checkbox"/>) No estoy segura del cargo (<input type="checkbox"/>) Puede marcar más de una opción.
¿Le realizaron comentarios inapropiados o humillantes respecto a su sexualidad? *	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
¿Quién o quiénes realizaron comentarios inapropiados sobre su sexualidad?	Médico/a (<input type="checkbox"/>) Enfermera/o (<input type="checkbox"/>) Camillero/a (<input type="checkbox"/>) Personal de ambulancia (<input type="checkbox"/>) Otro (<input type="checkbox"/>) No estoy segura del cargo (<input type="checkbox"/>) Puede marcar más de una opción.

5. Abuso físico

En caso de presentar respuesta afirmativa, se deberá especificar en las otras opciones de respuesta, ¿quién(es) fue(ron) el(los) autor(es) del hecho? De lo contrario salte a la siguiente pregunta.

- ¿Durante la atención de su último parto/cesárea fue en algún momento? Refiérase a los enunciados de este dominio.

Golpeada, pellizcada, abofeteada o pateada *	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
¿Quién o quiénes la golpearon, pellizcaron, abofetearon o patearon?	Médico/a (<input type="checkbox"/>) Enfermera/o (<input type="checkbox"/>) Camillero/a (<input type="checkbox"/>) Personal de ambulancia (<input type="checkbox"/>) Otro (<input type="checkbox"/>) No estoy segura del cargo (<input type="checkbox"/>) Puede marcar más de una opción
Sujetada de manos, pies o de otra forma, como por ejemplo a la cama *	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
¿Quién o quiénes la sujetaron?	Médico/a (<input type="checkbox"/>) Enfermera/o (<input type="checkbox"/>) Camillero/a (<input type="checkbox"/>) Personal de ambulancia (<input type="checkbox"/>) Otro (<input type="checkbox"/>) No estoy segura del cargo (<input type="checkbox"/>) Puede marcar más de una opción

6. Estigma y discriminación

En caso de presentar respuesta afirmativa, se deberá especificar en las otras opciones de respuesta, ¿quién(es) fue(ron) el(los) autor(es) del hecho? De lo contrario salte a la siguiente pregunta.

- ¿Durante la atención de su último parto/cesárea fue en algún momento?. Refiérase a los enunciados de este dominio.

¿Discriminada por parte del personal de salud en relación a?: *	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) En caso de ser afirmativa, especifique en relación a que: <ul style="list-style-type: none"> • Edad [<input type="checkbox"/>] • Número de hijos [<input type="checkbox"/>] • No Pareja estable [<input type="checkbox"/>] • Origen étnico [<input type="checkbox"/>] • Orientación sexual [<input type="checkbox"/>] • Condición económica [<input type="checkbox"/>] • VIH [<input type="checkbox"/>] • Otras enfermedades de transmisión sexual (Sífilis, VPH, Condilomas) [<input type="checkbox"/>] Puede tener más de una opción de respuesta.
¿Quién o quiénes la discriminaron?	Médico/a (<input type="checkbox"/>) Enfermera/o (<input type="checkbox"/>) Camillero/a (<input type="checkbox"/>) Personal de ambulancia (<input type="checkbox"/>) Otro (<input type="checkbox"/>) No estoy segura del cargo (<input type="checkbox"/>) Puede marcar más de una opción.
7. Abuso sexual	
En caso de presentar respuesta afirmativa, se deberá especificar en las otras opciones de respuesta, ¿quién(es) fue(ron) el(los) autor(es) del hecho? De lo contrario salte a la siguiente pregunta. <ul style="list-style-type: none"> • Durante la atención de su último parto/cesárea: Refiérase a los enunciados de este dominio. 	
¿Se sintió tocada, acariciada o besada de manera indeseada y sin su consentimiento? *	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
¿Quién o quiénes la tocaron, acariciaron o besaron sin su consentimiento?	Médico/a (<input type="checkbox"/>) Enfermera/o (<input type="checkbox"/>) Camillero/a (<input type="checkbox"/>) Personal de ambulancia (<input type="checkbox"/>) Otro (<input type="checkbox"/>) No estoy segura del cargo (<input type="checkbox"/>) Puede marcar más de una opción

¿Luego de su último parto, siente usted desconfianza sobre la atención de los partos en clínicas u hospitales? *	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
--	---

¿Cuál considera usted que fue el hecho más NEGATIVO que vivió durante el proceso de su atención del parto/cesárea de urgencia?	¿Cuál? _____
	¿Por qué? _____ _____

¿Cuál considera usted que fue el hecho más POSITIVO que vivió durante el proceso de su atención del parto/cesárea de urgencia?	¿Cuál? _____
	¿Por qué? _____ _____

--	--

Fecha de diligenciamiento

<u>D</u>	<u>M</u>	<u>A</u>
----------	----------	----------

Persona que diligencia

Muchas gracias.

GUÍA DE ENTREVISTA CUALITATIVA

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 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?

Sección III. Trabajo de parto

- ¿Cómo inicia su trabajo de parto? ¿Cómo se da cuenta usted que su hijo/a iba a nacer pronto?
 - ¿Qué hora era?
 - ¿Dónde estaba?
 - ¿Alguien la acompaña?
- ¿Cómo se desplaza al centro asistencial? ¿Quién la acompaña al centro asistencial? ¿Cuánto tiempo tarda usted en reconocer que su hijo/a va a nacer pronto y llegar al centro asistencial?
- ¿Qué pasa cuando usted llega al centro asistencial?
- ¿Aproximadamente en cuánto tiempo llega a sala de partos?
- ¿Qué pasa cuando llega a sala de partos? ¿Quién la recibe? ¿Cuánto tiempo pasa en observación antes del parto? ¿Qué pasó en ese tiempo?
 - ¿Le hacen exámenes? ¿Quiénes le hacen tactos?
 - ¿le aplican medicamentos? ¿Por qué?
 - ¿Qué personas la atienden? ¿Qué le dicen?
 - ¿Le explican cuando le realizan un procedimiento o le aplican un medicamento? ¿Cómo le explican? ¿Recuerda alguna frase en particular?
 - ¿Está desnuda? ¿Le permiten o la invitan a caminar? ¿Permanece acostada?
 - ¿Cómo diría que es la comunicación que tiene con las personas que la atienden? ¿En alguna ocasión solicita alguna ayuda? ¿Cómo responde el personal que la atiende ante su solicitud?
 - En general ¿Cómo se sintió tratada?
 - ¿Cómo es la situación cuando deciden pasarla a sala de parto?

Sección IV. Parto

- ¿Quién la lleva a la sala de partos?
- ¿Cuántas personas están con usted en el momento del parto? ¿Sabe quiénes son?
- ¿Cuánto dura aproximadamente su parto?
- ¿En qué posición está durante su parto? ¿Le agradó estar en esa posición o hubiera preferido estar en otra posición?
- ¿Le permiten estar acompañada durante el parto? ¿Conoce la razón?

- ¿Quién atendió su parto? ¿Cómo se comunicó con usted... ¿Se dirige a usted por su nombre? ¿en general, cómo se sintió tratada por esta persona?
- ¿Hizo falta algo en la comunicación con las otras personas que la rodearon mientras usted estuvo en su trabajo de parto, es decir, estudiantes, ginecólogos, jefes y personal auxiliar? ¿Por qué?
- ¿Hay algo que recuerde de manera especial de su parto?
- ¿Cambiaría usted la atención del parto? ¿Qué? ¿por qué?
- ¿Qué pasa luego de que su hijo/a nace?
- ¿Qué pasa cuando termina la atención en sala de partos?
- En general, ¿Cómo fue tú experiencia en el parto?

Cierre

- ¿Si nos tuvieras que decir algo a las personas que atienden a las mujeres cuando van a tener sus bebés qué les diría? ¿Y a las personas que están estudiando para atender en estas situaciones qué les diría?

Muchas gracias por compartir sus experiencias. Antes de que finalicemos, ¿hay algo más que quiera compartir que no hayamos discutido? ¿Tienen alguna pregunta antes de que terminemos?

[Apagar la grabadora]

“CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA (V.O) DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS MUJERES CON EXPERIENCIA RECIENTE DE PARTO EN UNA POBLACIÓN DE BUCARAMANGA.”

El presente manual fue elaborado, con la finalidad de aplicar un lenguaje y terminología adecuada, coherente y con igual significado, que será empleada al momento de realizar/aplicar la encuesta a cada una de las participantes y así evitar confusiones o mal interpretaciones.

La siguiente tipología que se presenta, está clasificada basados en la evidencia de cómo las mujeres son maltratadas durante el parto o cesárea de urgencia en centros de salud. Por tanto, la primera temática en orden a tratar son características sociodemográficas que son únicas de cada participante y de los cuales no se abordan en él manual, los temas de segundo orden se clasifican en 7 dominios o criterios que nos permitirán identificar o describir los eventos específicos, situaciones de maltrato o relaciones interpersonales con el personal del sistema de salud donde fue atendido su parto o cesárea de urgencia.

1. **Abuso físico:** toda acción o acto infligido de forma voluntaria que se realiza por parte del personal de salud que en ese momento se encuentra en contacto con la participante, ocasionando o provocando lesiones, daño físico que puede o no causar dolor.

Ejemplos: restricciones físicamente durante el trabajo de parto, amarrar a la cama, uso de fuerza extrema, pellizcos, golpear o abofetear con la mano o instrumento, toque áspero, halar el cabello, empujar o tirar fuerte, dar patadas, nalgadas, realizar episiotomía o episorrafias sin anestesia.

Se define Trabajo de Parto como la serie de contracciones progresivas y continuas del útero que ayudan a la dilatación y borramiento completo del cuello uterino con la finalidad de permitir la expulsión del feto.

Para evaluar este ítem se tienen las siguientes preguntas: ¿Durante la atención de su último parto/cesárea fue en algún momento?

- **Golpeada, pellizcada, abofeteada o pateada:** esta pregunta hace referencia a todo contacto físico agresivo que genere o no algún tipo de lesión, hematoma y que la paciente lo haya percibido como molesto.
- **Sujetada de manos, pies o de otra forma, como por ejemplo a la cama:** esta pregunta hace referencia al hecho de ser inmovilizada, amarrada o sujeta de alguna de sus extremidades a la cama de atención del parto, con el fin de evitar movimientos que dificulten la atención del mismo.

En caso de presentar respuesta afirmativa, deberá especificar en las otras opciones de respuesta, quien fue el autor del hecho.

2. **Abuso verbal:** se da cuando una persona critica o insulta a otra persona en momentos de gran estrés o incomodidad física que puede generar en ella emociones negativas.

Ejemplos: lenguaje vulgar, comentarios acusatorios o que juzguen, amenazas de no dar tratamiento o culpar por malos tratos, emitir gritos, insultos o palabras groseras.

Para evaluar este ítem se tienen las siguientes preguntas: ¿Durante la atención de su último parto/cesárea fue en algún momento?

- **Gritada, regañada, insultada o se dirigieron a usted con palabras groseras:** esta pregunta hace referencia al uso de lenguaje grosero/soez o vulgar, o al uso de términos o expresiones con tono de burla o de ofensa: " ¡esta vieja no colabora! ¡levántese, esto no es un hotel! ¡a dormir a su casa! ¡esta vieja hp no puja!, ¿Usted es que no sabe, no dice que tiene más chinos?
- **Amenazada por su comportamiento, con un mal resultado en su bebé o recibió amenazas o comentarios negativos:** esta pregunta hace referencia si el personal en contacto realizó comentarios tales como "si le pasa algo a su bebé es su culpa", "si su bebé se muere o nace con un chichón en la cabeza es su culpa", "si su bebé se muere o le pasa algo es su culpa".

- **Se le amenazó con suspender la atención que estaba recibiendo:** esta pregunta hace referencia si el personal en contacto realizó algún comentario amenazante en la no continuidad de su atención a menos que accediera a realizar todas las órdenes que le daba el personal sanitario, sin haber recibido explicación del porqué de las mismas: “si no se deja examinar mejor váyase para su casa” “¿a qué vino?” “pare de gritar o la mandamos para otro hospital”
- **Le realizaron comentarios inapropiados o humillantes respecto a su sexualidad:** esta pregunta hace referencia si el personal en contacto realizó algún comentario como “ahora si grita, pero cuando estaba haciendo el chinito no decía nada”, “ya disfruto los gozosos ahora está en los dolorosos”, “cuando lo estaba haciendo no le dolía nada”, entre otros.

En caso de presentar respuesta afirmativa, deberá especificar en las otras opciones de respuesta, quien fue el autor del hecho.

3. **Estigma y discriminación:** trato desigual a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, de sexo, de edad, de condición física o mental, etc.
Ejemplos: discriminación basada en su raza, etnia, religión, estatus socioeconómico o seguridad social, condiciones médicas (Ejemplos: ser VIH positiva, portar alguna enfermedad de transmisión sexual como sífilis, hepatitis B u otra).

Para evaluar este ítem se tienen las siguientes preguntas: ¿Durante la atención de su último parto/cesárea en algún momento se sintió discriminada?

- **Por su edad, número de hijos o no tener una pareja estable?:** esta pregunta hace referencia si el personal en contacto realizó algún comentario discriminatorio lanzando comentarios tales como “usted está muy pequeña para estar embarazada”, “yo a esa edad no sabía que era tener relaciones sexuales, jugaba con muñecas”, “esta juventud de hoy no se deja madurar”, “¿qué tal a su edad y dizque embarazada?”, “usted está muy vieja para estar embarazada”, “¿señora en su casa no hay televisor?”, “ya no es el tiempo de antes, que un hijo viene con el

pan bajo el brazo”, “para que se embarazo otra vez, no le basta con los que tiene su casa”, “estar teniendo hijos de uno y de otro, eso no es un negocio”

- **Origen étnico, orientación sexual, condición económica:** esta pregunta hace referencia si el personal en contacto realizó algún comentario discriminatorio basados en su raza, orientación sexual, por su condición económica. Como, por ejemplo: “las negras no sienten dolor”, “esta vieja viendo cómo vive de pobre y con 5 partos “
- **Por ser VIH positiva o por tener alguna enfermedad de transmisión sexual:** al conocerse la serología de la paciente en algún momento sintió comentarios discriminatorios dados su condición tales como “esa es la comida de la paciente del VIH la de la cama B”, “estas chinas se les prenden esas enfermedades pero claro, por andar con uno y otro”. “La de la sífilis...”

En caso de presentar respuesta afirmativa, deberá especificar en las otras opciones de respuesta, quien fue el autor del hecho.

4. **Pobre relación y comunicación entre el personal sanitario y la paciente:** pérdida de la relación interpersonal de tipo profesional con el paciente que sirve de base a la gestión de salud.

Ejemplos: pobre comunicación, no interés por las preocupaciones de la participante, falta de actitud del grupo sanitario, problemas de lenguaje e interpretación, negación o ausencia de acompañamiento, negación de administrar bebida, comida, o impedir la movilidad, ausencia de respeto por la posición preferida por la paciente durante el parto.

Ej: “cállese, no moleste más”, “o se calla o no le pasamos comida”, “las que están en trabajo de parto no pueden tomar agua ni comer”

“Usted solamente nos llama si tiene ganas de pujar, de resto no moleste”

Para evaluar este ítem se tienen las siguientes preguntas.

- **¿Considera usted que la comunicación, explicaciones e indicaciones que recibió por parte del personal de salud durante la atención de su último**

parto/cesárea fue buena, amplia y comprensible?: Es decir que pudo entender todo lo que le fue explicado en un lenguaje y terminología adecuada para su nivel de escolaridad.

- **¿Se le permitió preguntar y aclarar sus dudas respecto de la atención que estaba recibiendo?:** puedo realizar preguntas y exponer todas sus inquietudes sobre la situación, padecimiento o procedimiento que en ese mismo momento.

 - **¿Considera usted que el personal de salud que le atendió en su último parto/cesárea le brindó un trato insensible y lejano?:** el personal en contacto no le brindo un trato adecuado, respetuoso, amable, fue grosero, despectivo con algunas respuestas, mostraba cara de no interesarle lo que usted estaba diciendo. ¿No le realizaron vigilancia del trabajo de parto? ¿En las horas de la noche alguien del personal sanitario le tomó los signos vitales y escuchó los latidos del bebé con regularidad, al menos cada 4 horas?

 - **¿Se le permitió asumir la postura que era más cómoda para su cuerpo?:** durante su trabajo de parto y parto usted pudo tener la posición en la que se sentía más cómoda, como estar sentada, parada, de cuclillas, acostada de lado, caminar por toda la habitación, o la obligaron a que no podía pararse de esa cama: ¿porque podría ser peligroso para él bebe? ¿La camilla de atención del parto solo le permitía estar acostada boca arriba, pero Ud. deseaba pujar estando sentada o en cuclillas y no se lo permitieron?

 - **¿Se le permitió tomar líquidos o ingerir sólidos?:** ¿durante su trabajo de parto usted pudo tomar, beber algún líquido, calmar la sed, comer alimentos ligeros? ¿O se le prohibió por completo tomar líquidos y comer alimentos ligeros?
5. **Incumplimiento de las normas profesionales de atención médica:** perdida de auxilio en el ámbito de la salud donde se requiere conocimientos médicos para aliviar, recuperar o contener una persona en situaciones donde la salud está en riesgo.

Ejemplos: ausencia de consentimiento informado y confidencialidad, examen físico y procedimientos dolorosos, procedimiento quirúrgico no consentido, abandono o ausencia del personal de salud en el momento del parto.

Para evaluar este ítem se tienen las siguientes preguntas: **¿Durante la atención de su último parto/cesárea?**

- **¿Le solicitaron su autorización cuando se le realizaron tactos vaginales?:** el tacto vaginal es un procedimiento que se realiza al introducir la mano del examinador en la cavidad vaginal para determinar la progresión de la dilatación durante el trabajo de parto, ¿le fueron realizados algunos de ellos a pesar de su negativa a que se lo hicieran?

- **¿Se le brindó en algún momento medicamentos o procedimientos para el manejo del dolor?:** ¿cuándo usted manifestó tener dolor, le colocaron algún medicamento o procedimiento, o le sugirieron algún tipo de ejercicio para que pudiera controlar el dolor del trabajo de parto?

- **En caso de cesárea de urgencia ¿Se solicitó su autorización para realizar el procedimiento?:** o sea le fue ¿Durante el trabajo o atención del parto se le comunico de manera verbal y/o escrita que se realizaría una cesárea de urgencia y se le explicó el porqué de la misma?

- **¿Se le explico de forma verbal y/o escrita que se iba a romper las membranas (o la bolsa/fuente) y el porqué de esa decisión?**

- **¿Se le explicó de forma verbal y/o escrita que se iba a realizar una episiotomía y el porqué de esa decisión?**

- **¿Se le realizó la maniobra de Kristeller?** ¿Le realizó algún miembro del grupo sanitario, durante la atención del parto, presión muy intensa con el brazo o las manos, en el fondo del útero para hacer salir al bebé con mayor rapidez?

- **¿Considera usted que la confidencialidad de su estado de salud y enfermedades detectadas fue respetada?** ¿Es decir, el personal sanitario solo informó a sus familiares respecto de su estado de salud, las cosas que usted autorizó que se informaran?
- **¿Se sintió sola, abandonada o descuidada durante la atención de su parto?** Se debe indagar en esta pregunta si fue revisada y/o valorada por algún miembro del personal sanitario con regularidad (al menos cada 4 horas).
- **¿Sintió que ya quería pujar y a pesar de informarlo nadie se acercó a vigilar si ya estaba listo para nacer su hijo(a), o en otras ocasiones pidió ayuda y nadie se acercó con prontitud a Ud.?**

En caso de presentar respuesta afirmativa, deberá especificar en las otras opciones de respuesta, quien fue el autor del hecho.

6. Restricciones del sistema de salud:

Ejemplos: espacios físicos inadecuados, pequeños, carencia de personal, carencia de reemplazos del personal, poca privacidad.

Para evaluar este ítem se tienen las siguientes preguntas: ¿Durante la atención de su último parto/cesárea?

- **¿Considera usted que había pocas personalas para atender a todas las mujeres en el servicio de urgencias?**
- **¿Al momento de hospitalizarse le asignaron una cama o camilla única y lo suficientemente cómoda para poder llevar a cabo el trabajo de parto?**
- **¿Con cuántas otras pacientes tuvieron que compartir el espacio durante el transcurso de su trabajo de parto /cesárea?** Indicar el número de pacientes que pueda recordar.
- **¿Dónde realizó su trabajo de parto?:** si lo realizó en la cama, silla, de pie, camilla.

- **¿Tuvo privacidad al momento en que se le realizaban los exámenes físicos, tactos vaginales o monitoreos fetales?** Es decir, fue en un lugar donde solo estaba usted y el personal de salud. Si había más pacientes se les brindó la privacidad, es decir utilizaron biombo, cortinas, divisores, entre otros elementos para no permitir la visualización por las otras pacientes que estaban en la misma sala en ese momento.
- **¿Se le brindaron las condiciones mínimas de privacidad que su condición de mujer en trabajo de parto ameritaba?** Es decir, contaban con un lugar limpio, camas, baños y habitaciones adecuadamente aseados.
- **¿Se le permitió el acompañamiento de su compañero o una persona de su familia?** Se permitió que un familiar, el más cercano a usted, esposo, novio, madre etc. la acompañara durante su trabajo de parto y parto dentro de la sala o recinto donde nació su hijo (a).
- **¿Por qué no pudo estar acompañada de su familiar o compañero?**
- **¿Luego de su último parto/cesárea siente ud desconfianza sobre la atención de los partos, en clínicas y hospitales?:** Considera que las vivencias que tuvo durante el proceso de atención de su parto/cesárea son negativas y le ocasionan inseguridad sobre las acciones futuras en una nueva gestación.
- **¿Hubo retrasos en su proceso de atención?**
Ejemplo: fila para facturar, que la atendiera el/la médico, que le tomaran los exámenes, que la hospitalizaran, que le asignan habitación posterior al nacimiento del bebé.
- **¿Cuánto tiempo transcurrió entre el ingreso al centro de atención y la facturación de la atención?** Definir en horas.
- **¿Cuánto tiempo transcurrió entre su ingreso al centro de atención y el inicio de la atención por el personal de salud?** Definir en horas.

- **¿Durante su proceso de atención, cuál fue el momento que más demora tuvo?**
Describa cual.

7. **Abuso sexual:** toda interacción sexual en la que el consentimiento no existe o no puede ser dado, independientemente de si la paciente entiende la naturaleza sexual de la actividad e incluso cuando no muestre signos de rechazo. El contacto sexual también puede ser abusivo si existe un aprovechamiento intencionado de las diferencias por edad, coeficiente intelectual o empoderamiento sobre el cuerpo de la mujer.

Ejemplos: manoseos, besos, frotamiento, exhibicionismo sin consentimiento.

Para evaluar este ítem se tienen las siguientes preguntas: ¿Durante la atención de su último parto/cesárea en algún momento?

- **Fue tocada, acariciada, besada, en contexto no relacionado con la atención médica de ese momento, sin su consentimiento:** este hecho se presenta de muchas formas y existen diferentes manifestaciones, puede presentarse: que haya sido tocada, acariciada, besada o realización de tactos vaginales con intención de obtener placer por parte del personal de salud a pesar de su negativa a realizarlo.

En caso de presentar respuesta afirmativa, deberá especificar en las otras opciones de respuesta, quien fue el autor del hecho.

Las dos últimas preguntas tienen por objetivo conocer el hecho **NEGATIVO/POSITIVO** que usted vivió durante el proceso de atención del parto/cesárea de urgencia en la institución de salud donde fue atendida, por lo tanto, se permite la redacción de este hecho.

“Se aclara que el presente cuestionario será aplicado a cada participante previo a su consentimiento informado, donde se explicó en lenguaje comprensible y coherente los objetivos del proyecto, preguntas claras sobre los 7 dominios de VO a evaluar. En caso de sentirse revictimizada como consecuencia de su experiencia previa, podrá negarse a participar, sin que esto tenga represalia sobre ella”.

De parte del grupo investigador muchas gracias por la atención prestada.

Anexo 7. Operacionalización de variables dependientes

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	POSIBLES VALORES
Abuso físico	Cualquier contacto intencional y no deseado hacia una persona o con algo cercano al cuerpo.	Presencia de abuso físico durante la atención del parto percibida por la participante	Cualitativo nominal politómica.	<p>Uso de la fuerza: Mujeres golpeadas, bofetadas, patadas, pellizcos, palmadas, apretones durante el parto</p> <p>Restricción física: No se les permitió ponerse de pie, o amarradas a la cama o amordazados/amarradas durante el parto</p>
Abuso verbal	Forma destructiva de comunicación destinada a dañar el concepto de sí mismo de la otra persona y producir en ella emociones negativas.	Presencia de abuso verbal durante la atención del parto percibida por la participante	Cualitativo nominal politómica.	<p>Lenguaje Rudo: lenguaje vulgar</p> <p>Amenazadas y culpas: comentarios acusatorios o que juzgan amenazas de no dar tratamiento o culpar por malos tratos.</p>
Abuso sexual	Delito consistente en la realización de actos atentatorios contra la libertad sexual de una persona sin violencia o intimidación.	Presencia de abuso sexual durante el parto	Cualitativo nominal no dicotómica	Abuso sexual o violación.
Estigma y discriminación	Trato desigual a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, de sexo, de edad, de condición física o mental, etc.	Presencia de estigma y discriminación durante la atención del parto percibida por la participante	Cualitativo nominal no dicotómica	<p>Discriminación basada en raza o etnia</p> <p>Discriminación basada en la edad</p> <p>Discriminación basada en estatus socio-económico o tipo de seguridad social</p>
Restricción del sistema de salud	Ausencia de prestación de servicios sanitarios por parte de una entidad o empresa, principalmente a la	Presencia de restricciones del sistema de salud durante la atención del	Cualitativo nominal politómica	Falta de recursos: espacios físicos inadecuados, carencia de personal, carencia de reemplazos del

	prevención y a la atención clínica.	parto percibida por la participante		personal, poca privacidad.
Incumplimiento de las normas profesionales de atención médica	Pérdida de auxilio en el ámbito de la salud donde se requiere conocimientos médicos para aliviar, recuperar o contener una persona en situaciones donde la salud está en riesgo	Presencia de incumplimiento de las normas profesionales de atención médica percibida por la paciente en el momento del parto	Cualitativo nominal politómica	Ausencia de consentimiento informado y confidencialidad: Ausencia del proceso de consentimiento. Exámenes físicos y procedimiento: exámenes vaginales dolorosos, negarse a manejar el dolor, procedimiento quirúrgico no consentido. Negligencia y/o abandono: Abandono o ausencia del personal de salud en el momento del parto.
Pobre relación y comunicación entre el personal sanitario y la paciente	Pérdida de la relación interpersonal de tipo profesional con el paciente que sirve de base a la gestión de salud.	Presencia de pobre relación y comunicación entre el personal sanitario y la paciente durante la atención del parto percibida por la participante	Cualitativo nominal politómica	Comunicación inefectiva: comunicación pobre, menosprecio por las preocupaciones de la paciente, falta de actitud del grupo sanitario. Falta de soporte y cuidado: negación o ausencia de acompañamiento Pérdida de autonomía: Tratamiento de participante pasivo durante el parto, negación de administrar bebida, comida, o impedir la movilidad, ausencia de respeto por la posición preferida por la paciente durante el parto.

Anexo 8. Operacionalización de variables independientes

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	POSIBLES VALORES
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales y vegetales	Años cumplidos por la participante hasta el momento de la realización de la encuesta	Cuantitativo discreta	- 18 años en adelante cumplidos
Estado civil	Situación legal de una persona según el registro civil. Si tiene pareja o no.	Estado civil que al momento de la encuesta reporta la participante tener de acuerdo a su situación de pareja.	Cualitativa nominal	- -Soltera - -Casada - -Unión libre - -Separada - -Viuda
Etnia o Raza	Conjunto de personas que pertenecen a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.	Etnia, a consideración de la entrevistada, a la que se considera que pertenece la participante	Cualitativa nominal no dicotómica	- Indígena - ROM Gitano - Raizal del archipiélago de san Andrés - Palenquero - Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente - Ninguno de los anteriores
Seguridad social	Se refiere principalmente a un campo de bienestar social relacionado con la protección social o cobertura de las necesidades reconocidas socialmente, como la salud, la vejez o las discapacidades	Tipo de seguridad social que reporta tener la participante y mediante la cual recibe atención médica actualmente	Cualitativa Ordinal	- Subsidiado - Contributivo - Vinculado - No asegurado
Nivel de atención en salud	Instituciones en el mundo que prestan servicios médicos de consulta, hospitalizaci	Institución de salud a la cual se encuentra zonificada la participante	Cualitativa Ordinal	- Nivel I - Nivel II - Nivel III - Nivel IV

	ón. y de cuidados intensivos	según su seguridad social		
Situación laboral	Término que proviene del latín <i>occupatio</i> y que está vinculado al verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o que hacer.	Actividad que reporta la participante que actualmente desempeña	Cualitativa nominal no dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo Formal - Trabajo Informal - Desempleada - Hogar - Estudiante
Nivel educativo	Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibirla enseñanza adecuada: la escolaridad obligatoria dura hasta los 16 años.	Último nivel educativo alcanzado por la participante	Cualitativa, ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - No estudio - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa - Tecnología - Universitario
Número de embarazos	Número de veces que ha estado en embarazo	Número de embarazos según la información de la participante	Cuantitativa discreta	0, 1, 2, 3, 4,5,6.
Número de partos vaginales	Número de partos que ha tenido en su vida	Número de partos vaginales según la información de la participante	Cuantitativa discreta	0, 1, 2, 3, 4, 5,6.
Número de cesáreas	Número de cesáreas que ha tenido en su vida	Número de cesáreas según la información de la participante	Cuantitativa discreta	0, 1, 2, 3, 4, 5,6.
Número de abortos	Número de abortos que ha tenido en su vida	Número de abortos según la información de la participante	Cuantitativa discreta	0,1,2,3,4,5,6.

Tipo de parto	Forma en que termina un embarazo y ocurre el nacimiento	Tipo de parto	Cualitativa nominal	- Parto vaginal - Cesárea de urgencia
Curso de preparación para el parto	Está orientado a brindar educación teórico - práctica a las madres gestantes acerca de los procesos de embarazo, parto, posparto y lactancia materna	Número de cursos de preparación para el embarazo y atención de su parto	Cualitativa nominal dicotómica	- Si - No
Controles prenatales	Todos aquellos procesos y evaluaciones que se realizan de manera sistemática para estudiar el estado de salud de la embarazada y del feto. El objetivo de estos controles es prevenir, diagnosticar y, eventualmente, tratar aquellos trastornos que pueden incidir en el normal desarrollo del embarazo.	Número de controles que la paciente se hizo en su último embarazo.	Cuantitativa discreta	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, ≥ 7 .

Anexo 9. Evaluación facial del instrumento cuantitativo, a través de metodología DELPHI por investigadoras en Quito/Ecuador



Thais Oliveira <thais.oliveira@udla.edu.ec>
para mí ▾

22 ago 2019, 10:56



Estimado equipo de investigación de la UNAB de Colombia,

aquí mando mis observaciones a su encuesta. Espero que logren realizarla con éxito.
Me dispongo a cualquier duda.

Saludos cordiales,

Thais Brandão

docente investigadora
Unidad de Apoyo a la Investigación
Bloque 7, 2º piso

De: Thais Oliveira <thais.oliveira@udla.edu.ec>

Enviado: martes, 20 de agosto de 2019 12:57

Para: Luis Alfredo Espinosa Mejia <lespinosa4@unab.edu.co>

Asunto: RE: VIOLENCIA OBSTETRICA COLOMBIA

**Caracterización de la violencia obstétrica desde la perspectiva de las
mujeres con experiencia reciente de parto en una población de
Bucaramanga**

MÉTODO DELPHI – RONDA 1

GUÍA DE ENTREVISTA

EVALUACIÓN FACIAL DE CUESTIONARIO

Este cuestionario se aplicará mediante entrevista en el lugar y hora de conveniencia de la participante. Los entrevistadores serán los residentes de ginecología proponentes del proyecto de investigación, médico interno (sexto año de la carrera de Medicina) o personal sanitario contratado. Se ha desarrollado un manual de aplicación, el cual se empleará en el entrenamiento de los entrevistadores.

A continuación, encontrarán unas preguntas relacionadas con el cuestionario desarrollado para evaluar la ocurrencia de violencia obstétrica en Bucaramanga. Conocer sus respuestas y argumentos es muy importante para el desarrollo de la investigación.

1) ¿Qué opinión tienen de la organización del cuestionario? ¿Es el orden de las violencias indagadas adecuado? ¿Se sugiere ordenar de manera diferente el cuestionario?

Tal vez empezar con las violencias institucionales (incumplimiento y restricciones) y luego pasar las violencias más “personales”, o de difícil enunciado, como la física y la sexual

2) ¿Las características sociodemográficas indagadas son suficientes para explorar desigualdades sociales en la ocurrencia de la violencia obstétrica?

Me parece que sí, sin embargo, tengo algunas consideraciones:

pregunta 3. El concepto de Raza dentro de las ciencias sociales y médicas ya no se usa. En Ecuador usamos autodefinición étnica o etnia. Y siempre damos la opción OTRO en ese caso también

pregunta 5. ¿Las pacientes todas entienden esa clasificación por nivel? Tal vez dar las opciones de las instituciones de atención de parto y luego ustedes las clasifican.

Pregunta 12. ¿No debería haber la opción de cesárea planificada también? (no conozco sus criterios de inclusión y exclusión, por eso pregunto)

Pregunta 15. Dar la opción (más de 6)

3) ¿Los antecedentes gineco-obstétricos indagados son suficientes para contextualizar mejor el perfil de las participantes?

De acuerdo. De las secciones: Abuso físico, abuso verbal, Estigma y discriminación, Pobre comunicación y relación entre el personal sanitario y la paciente, incumplimiento de normas profesionales, restricciones del sistema de salud, abuso sexual:

4) ¿Son suficientes las preguntas incluidas en cada sección?

De acuerdo, de hecho, creo que se podría quitar algunas que pueden ser repetitivas:

Apartado 6 (restricciones): La pregunta ¿tuvo privacidad... y la siguiente ¿se brindaron las condiciones mínimas de privacidad...

Creo que se confunden y se repiten, pues en el trabajo de parto se dan los exámenes y tactos que mencionan.

Sugiero dejar una de las dos.

Otra del mismo apartado: ¿Hubo retraso... y las dos siguientes, sobre el tiempo transcurrido... también se puede confundir? Sugiero dejar más claro lo que desean saber y dejar en una sola pregunta.

También dar opciones de respuesta en la última pregunta ¿Durante...

Es más fácil tabular todo el instrumento con opciones cuantitativas, que dejar una u otra cualitativa en el medio. Para eso, basta crear respuestas cuantitativas de posibles cualitativas.

Y finalmente, dejaría para ser la última pregunta de ese apartado la siguiente: ¿Luego de su último parto...

5) ¿La redacción de las preguntas es de fácil comprensión por parte de mujeres de diferente posición socioeconómica?

Apartado 4. (Pobre relación) Lo llamaría – Comunicación y relación interpersonal – dejar la palabra pobre ya está condicionando las posibles respuestas.

En ese apartado, las dos últimas preguntas deberían tener la opción de trabajo de parto y parto

También sugiero explicar con palabras más sencillas: episiotomía, Kristeller y rompimiento de membranas. Ese cuidado de lenguaje está a cargo de los entrevistadores que debe ser un equipo capacitado con todas las posibles dudas de lenguaje que aparezcan. Además de la parte ética. ¿Es importante llevar en cuenta también que entrevistadores hombres preguntando sobre acoso sexual puede ser un sesgo importante, así, sugiero que se entrene también hacia estos aspectos de género que pueden aparecer, ok?

6) ¿Se sugieren cambios en la redacción de alguna pregunta?

Incluir en el apartado 3 (estigma y discriminación) la opción en relación a MIGRANTE (si cabe)

7) ¿Se sugieren nuevas preguntas, reemplazar o eliminar alguna pregunta?

Apartado 5. Pregunta ¿Se le brindó... incluir en la respuesta la pregunta CUAL, después del sí

En la siguiente ¿en caso de cesárea... autorización se refiere a un consentimiento informado firmado o una autorización oral? Mejor explicar

Por último – en la pregunta ¿considera usted... de ese mismo apartado, no creo importante usar la expresión enfermedades detectadas. Pues no es el objetivo del cuestionario, sino centrarse en el estado de salud. Ya que presuponemos que el parto es un evento no patológico.

Apartado 6 - pregunta sobre acompañamiento debería dar la opción de labor de parto y parto. Y en las respuestas crear opciones cuantitativas como no sabía que podía; eran reglas del hospital; no informaron... etc.

Preguntas finales del cuestionario

8) Incluir las preguntas sobre el hecho más positivo y negativo de la atención del parto aporta información valiosa para la caracterización de la violencia obstétrica

No estoy segura, pero es un apartado de interpretación cualitativa que podría aportar datos nuevos a la encuesta

En general

9) ¿qué opinión tienen del cuestionario? ¿Tienen alguna sugerencia o comentario adicional?

¡Adelante!

Muchas gracias por su participación.