

**FORMAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN GESTANTES ATENDIDAS DURANTE
TRABAJO DE PARTO, PARTO Y POSPARTO EN DOS INSTITUCIONES DE SALUD
EN RISARALDA 2022**

AUTORES

Tatiana Bermúdez Caviedes, Luis Felipe Garzón Sánchez, Daniela Montoya Trujillo

Valeria Vélez Naranjo

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

PEREIRA

2022

**FORMAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN GESTANTES ATENDIDAS DURANTE
TRABAJO DE PARTO, PARTO Y POSPARTO EN DOS INSTITUCIONES DE SALUD
EN RISARALDA 2022**

AUTORES

Tatiana Bermúdez Caviedes, Luis Felipe Garzón Sánchez, Daniela Montoya Trujillo

Valeria Vélez Naranjo

ASESORA

Bárbara de las Mercedes Mora Espinoza

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

PEREIRA

2022

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo lo dedicamos primeramente a Dios, quien nos ha guiado e inspirado en el proceso, a nuestros padres y familiares por la oportunidad, sacrificio y gran amor a lo largo de cada una de las etapas de nuestras vidas, a cada una de las instituciones de salud que nos permitieron brindar información, ser pacientes y darnos ánimo para que cada una de las gestantes estuvieran dispuestas a acceder al estudio, a la Fundación Universitaria del Área Andina por su autorización para la realización de este proyecto. Por último, sincero agradecimiento a la profesora Bárbara de las Mercedes Mora Espinoza quien nos ayudó, orientó y guió en el camino, de formar en nosotras/o gran conocimiento, responsabilidad y sentido de pertenencia para alcanzar este logro.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	8
1 EL PROBLEMA.....	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GENERAL	13
2.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 JUSTIFICACIÓN	14
4 ALCANCES Y LIMITACIONES	16
5. MARCO REFERENCIAL.....	17
5.1 MARCO DE ANTECEDENTES O ESTADO DEL ARTE:.....	17
5.2 MARCO TEÓRICO.....	28
5.2.1 Contextualización y Conceptualización de la Violencia Obstétrica.....	28
5.3 MARCO CONCEPTUAL.....	33
5.3.1 Género:	33
5.3.2 Embarazo (Gestación):	33
5.3.3 Violencia:.....	33
5.3.4 Violencia contra la mujer:	34
5.3.5Parto obstétrico:	34
5.3.6 Posparto:	34
5.3.7 Salud materna:	34
5.3.8 Violencia obstétrica:	35
5.3.9 Violencia física a las gestantes:	35
5.3.10 Violencia psicológica:	36
5.3.11 Violencia institucional:.....	36
5.3.12 Violencia simbólica:	36
5.4 MARCO CONTEXTUAL	37
5.5 MARCO GEOGRÁFICO	39
5.6 MARCO EPIDEMIOLOGICO	42
5.6.1 Encontramos ciertas estadísticas sobre mortalidad materna.....	43
5.7 MARCO ÉTICO	45

5.8 MARCO LEGAL	47
5.9 MARCO DISCIPLINAR	50
6. METODOLOGÍA	52
6.1 Tipo de estudio:	52
6.2 Población estudio:	52
6.3 Instrumento:	53
6.4 Técnicas de recolección de información:	53
6.5 Análisis de los resultados:	54
7. ANÁLISIS	55
8. RESULTADOS.....	65
9. DISCUSIÓN	68
10 CONCLUSIONES	70
11 RECOMENDACIONES.....	72
12. ANEXOS:	73
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1: Clínica los Rosales

Figura 2: Hospital Salud Pereira

Figura 3: Mapa del Departamento de Risaralda

Figura 4: Estadística sobre mortalidad materna

Figura 5: Atención del parto

Figura 6: Tipo de estudio

Figura 7: Rango de edades

Figura 8: Grado de escolaridad

Figura 9: Tipos de violencia obstétrica

Figura 10: Tipos de violencia obstétrica

Figura 11: Violencia verbal

Figura 12: Violencia física

Figura 13: Violencia física - kristeller

Figura 14: Violencia física 21%

Figura 15: Uso inadecuado de procedimientos y técnicas 42%

Figura 16: Violencia institucional 69,8%

CONTENIDO DE ANEXOS

Anexo 1: Registro Fotográfico de los Instituciones de Salud

INTRODUCCIÓN

El embarazo como proceso fisiológico da lugar al desarrollo de un feto en el útero de la mujer con duración aproximada de 40 semanas y finaliza en el parto con un recién nacido, en este periodo se producen cambios tanto físicos y emocionales como felicidad, incertidumbre, ansiedad e incluso sentimientos de inseguridad frente al proceso del parto, confiando en un recién nacido sano y saludable y en este sentido ser atendida como mujer en el marco de sus derechos humanos, constitucionales, sexuales y reproductivos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia obstétrica como aquellos actos físicos, psicológicos y emocionales que reciben las mujeres en estado de gestación en el trabajo de parto y parto por el personal de salud, que por múltiples factores y en repetidas situaciones vulneran los derechos de la mujer de manera intrahospitalaria. Este proceso natural, en muchas ocasiones se ve alterado por normas que se han reglamentado en las instituciones de salud desde que el parto pasó a ser un proceso de atención hospitalaria considerado como un proceso similar al de atención de la enfermedad, desconociendo que si bien es cierto muchos partos se complican, este no es el denominador común y en este sentido, algunas mujeres manifiestan que se han vulnerado sus derechos por medio de procedimientos incómodos y dolorosos o que han infringido su privacidad, como tactos vaginales repetitivos por más de una persona, recibir malos tratos, sentirse humilladas o ignoradas por el personal de salud, con expresiones diminutivas al dirigirse a la madre o frases irónicas que minimizan su dolor, con toma de decisiones sin considerar la opinión de la paciente, sin consentimiento informado, omisión de la información de su estado de salud y recién nacido o falta de educación necesaria para el cuidado del bebé. Autores como Chávez y Sánchez⁴ definen las prácticas médicas como violencia obstétrica cuando hay diferentes conductas que expresan un trato

deshumanizado hacia las mujeres, llevándolas a un estado de vulnerabilidad ocasionando complicaciones con alguna negligencia o procedimientos inadecuados, y el resultado de acciones incorrectas. De acuerdo a lo anterior, hay dos formas de definir la violencia obstétrica, una por omisión, como no brindar la atención en el momento apropiado, negar información que le concede la oportunidad de tomar decisiones y no permitir el apego con el recién nacido, y la otra por acciones directas a la integridad física o psicológica de la mujer. Con relación a lo señalado, algunas mujeres naturalizan las conductas recibidas durante la atención obstétrica, sin considerarlas inapropiadas o actos violentos, bien sea por desconocimiento, fragilidad física de género, ellas terminan aceptando estos actos sin ningún cuestionamiento. Con base a lo descrito, es necesario preguntarse: ¿Cuáles son las formas de violencia obstétrica en gestantes atendidas en dos instituciones de salud Pereira 2022?, teniendo como objetivo: Establecer formas de violencia obstétrica manifestados por las gestantes durante su atención obstétrica en dos instituciones de salud de Pereira.

**CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN GESTANTES
ATENDIDAS DURANTE TRABAJO DE PARTO, PARTO Y POSPARTO EN TRES
INSTITUCIONES DE SALUD EN RISARALDA 2022**

1 EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo es un proceso fisiológico que da lugar al desarrollo de un feto en el útero de la mujer y provoca cambios físicos en su cuerpo, tiene una duración aproximada de 40 semanas y finaliza con el trabajo de parto dando como resultado el nacimiento de un recién nacido sano en virtud de que la materna haya recibido los cuidados correspondientes y un acompañamiento constante que no exceda algunas circunstancias que incomodan su condición de mujer, teniendo presente que ella cuenta con unos derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Existen sin embargo situaciones en las que algunas mujeres manifiestan que han vulnerado sus derechos por medio de procedimientos repetitivos, incómodos, dolorosos o que han infringido su privacidad, además de recibir malos tratos o por el contrario sentirse humilladas o ignoradas por parte del personal de salud, que la atención recibida sea condicionada por su etnia o nivel educativo; todas estas acciones se pueden evidenciarse al realizar tactos vaginales reiterativos por más de una persona, expresiones diminutivas al dirigirse a la madre o frases irónicas que minimizan su dolor y aún maltrato físico en algunas ocasiones, la toma de decisiones en cuanto a

la atención sin tener en cuenta la opinión de la propia paciente, omisión de la información de su estado de salud y del recién nacido o de la educación necesaria para el cuidado del bebé que pueda facilitar una correcta lactancia materna y desarrollo de hábitos saludables desde sus primeros días de vida.

La organización mundial de la salud (OMS 2018) Define la violencia obstétrica como aquellos actos físicos, psicológicos y emocionales que reciben las mujeres en estado de gestación en el trabajo de parto y parto los que son realizados sin previo consentimiento, realizadas por el personal médico, por otro lado se debe tener en cuenta que en Colombia existe la ley 1257 del 2008 la cual dicta normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, por lo que el ministerio de salud y protección social define en el artículo del (ICBF, 2019) algunos derechos específicos que tienen las mujeres como son, ser tratadas con respeto de manera individual protegiendo el derecho a la intimidad y confidencialidad, a ser participe y protagonista de su propio parto a recibir un trato integral y adecuado sin importar sus costumbres, valores o creencias, a estar acompañada por una persona de su elección durante el trabajo de parto, parto y post parto, a recibir información sobre los diferentes métodos anticonceptivos que sean acordes a su condición medica, entre otros, lo que por múltiples factores en repetidas ocasiones se ven vulnerados por personal médico de manera intrahospitalaria(SOUZA, 2012).

(Chávez Courtois & Sánchez Maya, 2018) cita a (Bellli, 2013) y nos indica que hay una fuerte jerarquización entre el personal médico y la mujer gestante lo que tiene como resultado una

gran desigualdad, lo que imposibilita el debido cumplimiento de los derechos de las mujeres como el de la autonomía de decidir cómo quiere que sea llevado a cabo el transcurso de su parto, lo que desplaza a la mujer que es primordialmente la principal actora de su proceso de trabajo de parto y parto y la pasa a un segundo plano llevándola a ser un objeto sin derecho.

Existen alta cantidad de artículos que se centran a la investigación de la violencia obstétrica, pero pocos son desarrollados en el país colombiano, específicamente de la región andina en donde se tiene poca información acerca de este tema, inclusive si hay o no información acerca del término Violencia Obstétrica o si las mujeres gestantes han sufrido alguna de estas acciones.

Dicho lo anterior se quiere realizar dicho trabajo de investigación en Risaralda teniendo como medio de recolección de información, una entrevista con preguntas abiertas que se centran en cómo es la percepción de las madres frente a la atención recibida por el personal de salud durante su trabajo de parto, parto Y postparto, que hayan tenido su bebe en un tiempo menor a un año.

1.1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción de las gestantes durante el trabajo de parto, parto y posparto, en algunos centros de salud en Risaralda?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar las diferentes formas de violencia obstétrica percibidas por mujeres en puerperio inmediato que tuvieron parto / cesárea en dos instituciones de salud Pereira Risaralda en el primer semestre de 2022.

2.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- . Identificar algunas características sociodemográficas y clínicas de las participantes en el estudio.

- . Precisar formas de violencia verbal y/o psicológica percibidas por las participantes durante su atención.

- . Establecer formas de violencia física y/o sexual percibidas por las participantes durante su atención.

- . Reconocer actos de negligencia en la asistencia o uso inadecuado de procedimientos y tecnologías percibidas por las participantes durante la atención.

3 JUSTIFICACIÓN

Las Naciones Unidas a través del Objetivo de Desarrollo Sostenible No 3 expresan el derecho que tienen las mujeres durante el proceso del embarazo y el parto al goce de la salud y el bienestar sin ninguna discriminación; y en este sentido propone que para el año 2030 se reduzca la tasa mundial de mortalidad materna a 70 por cada 100.000 nacidos vivos utilizando como una de las estrategias la asistencia del parto por personal capacitado y la atención integral con un enfoque de derecho y género. En concordancia con lo anterior las estrategias diseñadas en el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia apuntan a disminuir el impacto bio-psico-social que puede acarrear la vulnerabilidad y el desconociendo de los derechos sexuales y reproductivos ya que esto supone pérdida de la igualdad autonomía dignidad e integridad lo cual está asociado con mayor mortalidad materna especialmente en mujeres de las minorías étnicas indígenas y pobres que son más susceptibles a la violencia incluida la ejercida durante el parto .En consecuencia es importante abordar el problema de morbi-mortalidad materna desde la violencia obstétrica teniendo en cuenta que en el mundo mueren 830 mujeres por complicaciones que son evitables muchas relacionadas con una atención institucional irrespetuosa y deshumanizada. Algunos autores han referido daños físicos incapacidad muerte y efectos psicológicos y emocionales debido a intervenciones innecesarias durante el parto mala prestación de cuidados y servicios y diferentes tipos de maltrato. Así que humanizar la atención del parto es imperante. En Colombia la Política Nacional de Humanización de la Salud tiene como objetivo promover una cultura de humanización que favorezca el goce de derecho a la salud apoyándose en mecanismos y mejoramiento de la calidad de la atención donde prime el respeto a la dignidad humana la atención integral los principios

éticos y sobre todo la participación en este caso de las mujeres durante su propio parto denotando que es obligación y deber del personal de salud mantener un ambiente libre de violencia obstétrica.

4 ALCANCES Y LIMITACIONES

Se espera que, dentro de los alcances, se reflejen las características de violencia obstétrica que presentan las mujeres en su experiencia sobre el trabajo de parto, parto y post parto, además que ellas estén dispuestas a brindar la información necesaria y confiable para analizar lo encontrado. Las limitaciones que se presentan se encaminan a la dificultad para que las mujeres accedan a responder y para que las investigadoras pertenecientes al estudio se desplacen y realicen presencialmente la encuesta en diferentes centros de salud.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO DE ANTECEDENTES O ESTADO DEL ARTE:

Un estudio realizado por Abdala, (2021) denominado sé que me cortaron, pero lo olvidé inmediatamente cuando te vi, afirma la violencia obstétrica como un nuevo marco para dotar de inteligibilidad las memorias y experiencias de los partos en la argentina reciente, Determina durante el estudio categorizar la violencia obstétrica a partir del contratiempo de un cuadro moral y cognitivo, permitiendo identificar y establecer el significado de violencia en algunas prácticas obstétricas vinculadas durante el trabajo de parto. Se argumenta que las memorias y experiencias vividas por las mujeres cis durante el trabajo de parto están siendo reestructuradas a partir de la emergencia de una arena pública, y directamente vinculada al derecho de un parto humanizado y digno en un marco de violencia de género como principal problemática publica en la argentina reciente. Donde retomamos conceptos claves del feminismo y la antropología de la reproducción, con el fin de abordar la violencia obstétrica en términos analíticos desde una perspectiva mucho más amplia.

Por otra parte, estando acorde con Mazuera Ayala, (2021) La violencia obstétrica es un tema que requiere ser abordarlo terminante con el entorno de interpretación, considerando que la violencia y discriminación sistemática perpetuada contra la mujer, debe ser reconocida como una de las formas más desveladas de violencia naturalizadas en la sociedad. Optando por una revisión crítica documentada de carácter cualitativo y socio jurídico sobre los elementos clínicos, legales y científicos que dieran cuenta de las acciones discriminatorias y violatorias perpetuadas en contra

de las mujeres gestantes y en trabajo de parto. Según (Castrillo, 2016) La propuesta de trabajo es la definición global de violencia obstétrica, y de ciertas prácticas relacionadas en la atención médica de partos, para ello propone analizar, la aplicación de un modelo de análisis socio antropológico de violencia y aplicándolo a la VO; segundo, el cruce de definiciones objetivas (legales, políticas y académicas) para abordar tal problematización.

Teniendo en cuenta que para Chávez & Sánchez, (2018) consideran que la violencia obstétrica es un tipo de violencia hacia la mujer que de cierto modo transgrede su identidad durante el embarazo y el parto sin importar el medio o entorno donde se realice. Según (Perdomo-Rubio et al., 2019) La violencia obstétrica es un tipo de violencia tradicionalmente invisibilizado en la atención en salud, y donde se involucran distintos actores relacionados con la atención del embarazo, parto y puerperio, cada actor se ubica en una posición exacta, permitiendo clasificar y generar prácticas relacionadas con la violencia obstétrica. Por su parte (Pozzio, 2016) Considera que la problematización de la violencia obstétrica obliga a pensar en la posibilidad de realizar algunos cambios, teniendo en cuenta las posturas de las mujeres médicas frente a la violencia obstétrica, podrían cambiar la perspectiva de cómo se desarrolla la atención en salud, proponiendo una atención efectiva y libre de todo tipo de violencia.

Desde la perspectiva más general Yolanda Rangel-Flores et al (2017) señalan la existencia de algunos determinantes sociales de las mujeres que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres para vivir esta experiencia, tales como: no tener fácil acceso a los servicios de salud, hablar o pertenecer a alguna etnia o minoría, ser menor de edad, vivir en contexto de pobreza y poseer bajos

niveles educativos, en los que la violencia obstétrica es mucho más difícil identificar. Como manifiesta (Darío et al., 2019) La maternidad como experiencia natural gozada y saludable para la nueva madre y su familia han ido en detrimento de la posibilidad de que las mujeres y su familia disfruten de la maternidad, para enfrentarlas a un alto índice de violencia obstétrica que directamente afecta la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Por consiguiente, Noreña-Herrera et al (2015) considera que la salud sexual y reproductiva debe ser considerada como una prioridad global. Para Gleason et al (2019) A través de un abordaje cualitativo de tipo etnográfico, identifica que las mujeres representantes de los pueblos indígenas, experimentan diversas formas de violencia obstétrica similares a las vividas por las mujeres occidentalizadas, para Días-Scopel & Scopel (2018) La etnografía sobre embarazo y parto entre los indígenas munduruku, radica en el paradigma biomédico cultural y se percibe como necesaria para la salud del bebe y la familia, ratificando que los saberes considerados tradicionales se restringen a los especialistas y se comparten entre varias personas de la familia, con el fin de conservar un parto y maternidad digna. Por esto María Margarita et al (2018) Manifiesta la necesidad de retomar y manejar el parto como un proceso humanizado, para ello se habla de la desmedicalización, bajo la perspectiva de volver a lo natural y redefiniendo este acontecimiento como un parto simplemente vaginal, abordando aspectos de orden cultural y social, que garantice una experiencia de manera positiva.

Acorde con Al Adib et al (2017), sobre su estudio la violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer planteó como objetivo analizar

cómo se forma la violencia obstétrica contra la mujer, violando sus derechos humanos. Fue un estudio observacional y analítico donde se manifestó la necesidad de establecer protocolos actualizados en la totalidad de los centros hospitalarios para la violencia obstétrica en la mujer, tuvo como resultado solamente un 15,5% de los hospitales incluyen en sus protocolos todas las recomendaciones formuladas por el Ministerio de Sanidad, sin embargo, el informe ministerial constata que los protocolos en los hospitales son los que conllevan a una mejor calidad de las prácticas clínicas en la atención al parto normal, también, se evidencia que en España el 25,3% de las mujeres, es sometida a una cesárea, significando que superan ampliamente las recomendaciones sanitarias de la Organización Mundial de la Salud que, de acuerdo con los países que menos tasa de mortalidad perinatal tienen, considera que una tasa de cesáreas aceptable debe estar en torno al 10% y en cualquier otro caso no superar el 15%. Acorde a lo anterior, las organizaciones de parto humanizado, critican fuertemente ciertas actitudes paternalistas de los profesionales de la salud refiriéndose a las mujeres exactamente. Estas actitudes van directamente hacia la mujer, inculcando así los derechos humanos, promoviendo la desigualdad entre mujeres y hombres, por lo tanto, se promueven nuevamente el concepto de violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer y que igualmente a otras violencias contra las mujeres, ha permanecido mucho tiempo invisible.

Las ideas expuestas en el artículo llamado: “Relación entre la violencia obstétrica percibida y el riesgo de depresión posparto: un estudio observacional”, Vázquez et al, (2022), se manifiesta que la salud mental de la madre es un aspecto que ha sido ignorado, aun teniendo en cuenta la influencia que tiene este en el bienestar de ella y del bebé y se pueden presentar trastornos como depresión posparto, por lo tanto este estudio tiene como objetivo analizar determinar qué relación

tiene la violencia obstétrica con este tipo de trastornos. Metodológicamente: Se utilizó un método transversal para el estudio y con una población de referencia con mujeres que habían tenido su parto en España, tanto en hospitales públicos como privados y que este haya sido en el último año, otro factor que se tuvo en cuenta fue que las mujeres hablaran bien el español y tuvieran la capacidad de leer y escribir, se excluyeron mujeres menores de 18 años. Resultados: Se logró evidenciar por medio de este estudio que la violencia obstétrica es un factor influyente para la depresión posparto, debe señalarse que la falta de acompañamiento por parte de la pareja también contribuye en gran manera a que la mujer padezca este trastorno y que, en el caso contrario, aquellas que reciben mucho apoyo se considera como un agente protector para la violencia obstétrica lo que a su vez disminuye el riesgo de depresión posparto. Discusión: Los temas tratados proponen que los cuidados que se deben brindar al recién nacido pueden disminuir debido a que la madre se encuentre con depresión posparto y también su propio autocuidado, lo que representa un riesgo para ambos; cabe resaltar que en este estudio se demostró que la violencia verbal o psicoafectiva incide en las probabilidades de que la mujer padezca DPP y que según otros estudios como lo presentan Silveira et al. (2019) y Souza et al. (2017), el ingreso del recién nacido a la UCIN es también considerado un factor de riesgo para dicho trastorno. Conclusión: Finalmente los resultados encontrados nos indican que la multiparidad, el ingreso del recién nacido a la UCIN, la falta de apoyo por parte de la pareja y ser víctimas de violencia obstétrica aumentan el riesgo de padecer depresión posparto; teniendo en cuenta todo esto se recomienda la implementación de medidas para prevenir la violencia obstétrica por parte del personal de salud ya que este cumple un papel fundamental en este proceso y también prácticas que faciliten la identificación de mujeres que puedan desarrollar DPP para tenerlo en cuenta en la atención brindada.

La episiotomía en México es muy frecuente aun cuando no es recomendada, con respecto a esto García et al, (2021), en el estudio llamado: “Percepciones de los trabajadores de la salud sobre la episiotomía en la era del cuidado materno respetuoso: un estudio cualitativo de un programa de formación obstétrica en México” busca conocer las razones del uso desmedido de la episiotomía pese a la evolución del conocimiento obstétrico. Metodológicamente: Se aplicó un estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo por medio de entrevistas semiestructuradas antes y después de la intervención a 53 profesionales de la salud de diferentes campos como, médico general, ginecólogos y enfermeras. Resultados: La información encontrada se clasificó en 5 categorías que fueron: la episiotomía como medida preventiva, como un procedimiento que resuelve los problemas presentados en el momento, práctica que le da mayor control al médico, como un procedimiento riesgoso y el papel de las normas sociales en la implementación de este procedimiento. Las respuestas dadas mostraron una contradicción entre los profesionales, así mismo que a pesar de que se ha impulsado a que sean más selectivos al momento de realizar la episiotomía siguen viendo este procedimiento como una profilaxis para las posibles complicaciones durante el parto. Discusión: Se destaca este procedimiento como una práctica que continúa arraigada debido a creencias y culturas que se alejan del argumento científico, además de que las principales razones son a favor del interés del personal de salud y no del bienestar de la paciente. Conclusión: Aunque la percepción que tienen los profesionales respecto a la episiotomía sigue siendo positiva es importante implementar capacitaciones que aborden las situaciones donde es realmente favorable para que se genere más conciencia en cuanto a su uso; también se recalca la necesidad de mejoras en la calidad de los establecimientos que prestan el servicio de salud para así lograr una atención respetuosa a la madre.

Otro estudio que tiene como título La experiencia de violencia obstétrica en mujeres adultas puertorriqueñas: Un estudio fenomenológico desde una perspectiva de género realizado por Hernández Bello, (2020); tuvo como objetivo explorar la experiencia de violencia obstétrica o perinatal en mujeres adultas puertorriqueñas. Por medio de este estudio se logró entender las experiencias de las participantes y se realizó por medio de una investigación con diseño cualitativo con un enfoque fenomenológico, donde se realizó un cuestionario para recolectar la información sociodemográfico y una encuesta semiestructurada con preguntas abiertas con el fin de facilitar la expresión ampliada de las experiencias vividas y los efectos a nivel biológico, emocional y social de las participantes, en el estudio participaron 10 mujeres residentes de Puerto Rico, con un rango de edades de entre 26 a 30 años teniendo a 8 de estas entre los 31 y 37 años, las participantes expresaron haber sufrido violencia obstétrica y hubo tres que la sufrieron en más de un embarazo y cabe mencionar que una refirió que en los tres partos lo sufrió pero que en el último fue donde se sintió más violentada.

Se tuvieron en cuenta tres categorías específicas una de ellas se denominó silenciada ante el poder que reflejaba maltrato emocional, implantación de temor, restricción de la autonomía para la toma de decisiones y la limitación de la libertad física, la segunda categoría fue violencia institucional, en esta se evidenció la incertidumbre, el descontrol, la falta de información, maltrato e imposición de protocolos que la institución y el personal tenían hacia las participantes lo que se realizaba insensiblemente sin tener en cuenta las necesidades y deseos de las participantes. En la tercera categoría se definió como el arrebató de una hermosa ilusión, cuando ellas expresaron acerca de este punto lo definieron como inhumano e insensible y lo tomaron como un acto liberador y sanador, dentro de lo expresado por las participantes mencionaron que se les negó la oportunidad

de tomar decisiones sobre su cuerpo y se les privó de la libertad, también cuatro de las participantes expresaron el deseo de tener un acompañamiento el cual se les fue negado mientras que otras pasaron solas por tiempos prolongados.

Toda esta información fue recopilada y analizada teniendo como conclusión que es fundamental implementar nuevos métodos de intervención, dirigido especialmente hacia todo el equipo interdisciplinario implicado en la labor de trabajo de parto y parto, pudiendo lograr una concientización y una mayor sensibilización de estos para lograr prevenir y tratar esta problemática, reconociendo que este tipo de prácticas indiscriminadas violentan directamente la dignidad de las mujeres.

Otra práctica es la maniobra de Kristeller la cual se encuentra contraindicada por varios expertos quien especifican que podría traer secuelas tanto en la madre como en el bebé, desde dolor muscular hasta fractura de costillas e inversión uterina con hemorragias graves. En un caso específico de una entrevistada ella no observa esta acción como un acto de violencia si no por el contrario lo percibió como un apoyo del personal de salud, lo que se da a entender es que este tipo de actos que se consideran violencia se encuentran invisibilizados. También se incluye en estas prácticas el maltrato psicológico el cual incluye burlas, humillaciones, trato soez hacia la embarazada, lo que limita a la paciente a demostrar sus sentimientos de llanto, de dolor y hasta de felicidad lo que podría perdurar por tiempos prolongados provocando morbilidad materna desde lo emocional.

A este respecto se concluye que existen diversas formas de practicar la violencia obstétrica, evidenciando que hay gran poder de toma de decisiones sobre la mujer embarazada en la cual se omite cualquier tipo de opinión o decisión que tenga la usuaria sobre el desenlace de su embarazo, lo que puede generar morbilidad materna.

Dicho lo anterior entonces es importante rescatar que el cuidado y la atención deberían estar soportados por la calidez y no solo que sean realizados mecánicamente, teniendo en cuenta que cualquier tipo de decisión debe ser compartida tanto del profesional que es quien establece la importancia, viabilidad y sus posibles efectos, como también la paciente quien es la dueña única de su cuerpo, tiene el derecho de opinar y elegir qué es lo que quiere, lo que podría reducir la presencia de morbilidad materna y para ello los autores Chávez Courtois & Sánchez Maya, (2018), proponen la implementación del parto humanizado, para esto es indispensable la mejora de la atención obstétrica con calidad ya que es en la paciente en quien recae la atención recibida del embarazo y el desenlace de este.

Con referencia a Michely Santos Carer et al., (2021) en su estudio de Experiencias de puérperas sobre violencia obstétrica en la perspectiva fenomenológica, tiene como objetivo comprender la experiencia de las mujeres en parto y posparto sobre la violencia obstétrica en un hospital público de maternidad, se utilizó un estudio fenomenológico que se realizó en una maternidad de la ciudad de Rio Grande do Norte, Brasil, se incluyeron a 7 puérperas con rango de

edad de 15 y 39 años de edad y se les aplicó una entrevista individual fenomenológica realizada dentro de la semana posterior al parto, ya que se tuvo en cuenta que es el periodo más reciente y en el que pueden recordar con más facilidad la experiencia de trabajo de parto y parto, también se utilizó un cuestionario sociodemográfico y preguntas abiertas.

Con respecto a la encuesta fenomenológica se construyeron las siguientes categorías:

La primera fue, el deseo de un parto normal y la barrera de la resolución profesional, las participantes describieron como es el momento desde el ingreso a la institución de salud y algunos testimonios especifican que hubo demora en las acciones e incluso en la atención para el alivio del dolor, también las acciones deshumanizantes del equipo profesional como la realización de tactos por varios internos y la privación del consumo de alimento, Otra es, el acompañante presente y el acompañamiento resiliente, donde algunas participantes indicaron que no se les permitió estar con algún familiar.

En este contexto, se entiende que las mujeres en esta etapa manifiestan diferentes tipos de sentimientos y emociones incluyendo el dolor ocasionadas por las contracciones uterinas, ansiedad por el nacimiento y el miedo a que le pase algo a su recién nacido, por esto y otros motivos las madres pierden control de su cuerpo y dejan que sea el equipo médico quien se encargue, cuando ella es el centro de aquel acontecimiento. La violencia es vivida por muchas mujeres y en repetidas ocasiones, pero dentro de los testimonios se evidencia que varias describen las excesivas

intervenciones realizadas mientras otras niegan la ocurrencia de estas, obteniendo de esto, el desconocimiento de las prácticas asociadas a la vulneración de los derechos como mujer durante el parto e incluyendo la violencia obstétrica. Para tal efecto es preciso aumentar las acciones de los profesionales en valores éticos, la dignidad y la solidaridad en sus acciones donde el foco de atención debe ser la madre e implementar políticas en la humanización del trabajo de parto y parto.

En el artículo de Poo et al., (2021) que tiene como título Representación de la violencia obstétrica que construyen profesionales matronas de la ciudad de Temuco que tiene como objetivo principal describir las representaciones acerca de violencia obstétrica, las creencias, la actitud y las consecuencias que son identificadas por las profesionales matronas de Temuco lo que se considera como un aporte teórico permitiendo hacer visible las acciones que se debería de tener en cuenta para que se incorporen en programas de prevención de la violencia obstétrica. Se utilizó un estudio cualitativo descriptivo, con muestreo intencional, donde participaron nueve matronas con amplia trayectoria en atención clínica hospitalaria.

Con referencia a las matronas, ellas describen que las acciones realizadas con maltrato se realizan tanto por omisión como por acción, reconocen que los principales medios para ejercer violencia es el insultar y no escuchar a la usuaria con respecto a preguntas, preferencias e incluso subestimar el umbral del dolor que posee cada mujer y minimizándolo. Dentro de las conclusiones se tiene en cuenta la opinión de las matronas quien por su experiencia podrían brindar apoyos necesarios para el personal de salud y así poder prevenir la violencia obstétrica, pero lo que ellas

creen convenientes modificar o implementar el modelo actual que se utiliza para la atención en el proceso de nacimiento.

5.2 MARCO TEÓRICO

5.2.1 Contextualización y Conceptualización de la Violencia Obstétrica

La (Organización de las Naciones Unidas, ONU, n.d.) específica y refiere que la violencia de las mujeres va más allá de la violencia física, especificando que también existe la violencia psicológica, sexual e incluso moral, lo que puede afectar a corto, mediano y largo plazo la plena participación de la mujer en la sociedad.

Es necesario incluir que cuando se indaga sobre los tipos de violencia hacia la mujer en pocas ocasiones se tiene en cuenta la violencia obstétrica, por lo que existe poca información e inclusive poca capacitaciones en el personal que atiende a las mujeres en estado de gestación en los centros hospitalarios, como lo indica (Sara Gómez et al., 2022) realizadas por medio de prácticas u omisiones lo que influye directamente en la capacidad de toma de decisiones, perdiendo la capacidad total de decidir frente a su cuerpo y su sexualidad.

De Acuerdo a lo anterior (Diosdado Cabello Rondón et al., 2014) en la ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia define algunos tipos de violencia contra la mujer como: la violencia obstétrica que se entiende como aquellas acciones realizadas por el personal de salud afectando directamente tanto el cuerpo como los procesos reproductivos de la mujer, con acciones como tratos deshumanizados, omisión de toma de decisiones de la directamente involucrada y abuso en la medicalización lo que modifica el proceso natural del trabajo de parto y parto, también describe la esterilización forzada como acciones médicas o quirúrgicas sin previo consentimiento, sin brindarle la debida información o sin una justificación válida, lo que conlleva a la esterilización privándola de la capacidad reproductiva.

También define la violencia institucional, es aquella que es realizada por funcionarios de alguna institución pública o privada tanto acciones como omisiones que retrasen o impidan el libre acceso a los servicios de salud, la violencia simbólica las cuales son acciones transmiten que denoten signos de superioridad, discriminación y desigualdad hacia las mujeres.

En el documento del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), que tiene como título (Violencia Obstétrica, ¿cómo identificarla y qué hacer si eres víctima?, 2019) también define específicamente algunos de los derechos que tienen las mujeres gestantes los cuales al omitirlos se tendrán en cuenta y serán llamados como acciones de violencia obstétrica los cuales son:

- Ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad.
- Ser considerada, en su situación de alumbramiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- Recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad con sus costumbres, valores y creencias.
- Recibir asistencia psicosocial cuando así lo requiera.
- Ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- Estar acompañada por un familiar o una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- Tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- Ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- Recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- Recibir información después del embarazo sobre los diferentes métodos anticonceptivos que estén acordes a su condición clínica.
- Recibir, según el caso y de acuerdo con las posibilidades de existencia del recurso, analgesia o anestesia obstétrica adecuadamente aplicada por un médico especialista anesthesiólogo para buscar una maternidad segura, feliz, no traumática ni para la madre ni para el recién nacido.

Por lo anterior es importante aclarar y que las mujeres tengan pleno conocimiento de cuáles son las acciones que generalmente se llevan a cabo y que son pasados por alto como lo son:

El desarrollo de los controles rápidos y poco humanizados en donde la atención se realiza de manera mecánica y rápida sin el espacio para resolver dudas o preguntas que tengan las pacientes.

Omisión del consentimiento informado el cual es un documento que debe estar diligenciado y previamente explicado a la mujer gestante de cualquier tipo de procedimiento a realizar por rutinario que sea, el cual al no realizarlo vulnera el derecho de la mujer de autonomía y toma de decisión frente a su gestación y parto.

Oponerse al ingreso de una persona que la mujer prefiera en el momento de su parto constituye una forma de agresión, salvo que las condiciones de salud o seguridad de la madre lo imposibiliten.

Maltrato verbal y/o psicológico ante las manifestaciones de dolor de la madre durante el trabajo de parto, es decir acciones frases específicas dichas durante esta fase de la gestación por parte del personal médica los cuales demuestran poca empatía e insensibilidad como “no haga tanto escándalo”, “no sea floja”, “no grite” lo que reprime la libre expresión de la madre, o “usted no ayuda”. “deje de quejarse y empiece a pujar”, lo que afecta la autoestima de la madre, en esta parte también se incluye la negación de medicamentos que ayuden a mejorar el dolor.

¿Los reproches, críticas y comentarios inapropiados también hacen parte de la violencia obstétrica en especial es vivenciada en mayor parte en las mujeres de edad temprana en estado de gestación las cuales reciben comentarios como “quien la mandó a abrir las piernas? ahora, ¡aguante!”, “que irresponsable”

El no garantizar unas condiciones adecuadas de privacidad específicamente cuando se es realizado algún tipo de procedimiento como son los tactos vaginales.

Partos inducidos y cesáreas innecesarias lo que incluye la administración de medicamentos para acelerar el proceso natural del parto o la realización de cesáreas innecesarios o sin pleno consentimiento de la mujer.

Actitudes de desatención como el ignorar las preguntas que tiene las mujeres durante el trabajo de parto y parto o dejarlas solas durante largo periodo de tiempo y regresar solo a tomar lecturas de monitores sin tener una interacción con ella, las cuales son conductas que ayudan a incrementar el miedo y la ansiedad de las gestantes.

5.3 MARCO CONCEPTUAL

A continuación, encontrará una serie de términos técnico-científicos, según los descriptores DeCS, MeSH, Tesauro y otros.

5.3.1 Género:

Este término interactúa con el sexo biológico, pero tiene más influencia en lo que se refiere a los roles, las características y las oportunidades que la sociedad considera apropiada para los niños, niñas, hombres y mujeres (OMS, 2016).

5.3.2 Embarazo (Gestación):

Estado en que los mamíferos hembras llevan a sus crías en desarrollo (embrión o feto) en el útero, antes de nacer, desde la fertilización hasta el nacimiento.

5.3.3 Violencia:

Comportamiento agresivo individual o grupal que es socialmente inaceptable, turbulento, y con frecuencia destructivo. Se precipita por las frustraciones, hostilidad, prejuicios, entre otros.

5.3.4 Violencia contra la mujer:

Se define como todo acto violento que pueda ocasionar daño físico, sexual o psicológico para la mujer en cualquiera de sus estados tanto en la vida pública como en la privada (OMS, 2021).

5.3.5 Parto obstétrico:

Expulsión del feto y la placenta bajo el cuidado de un obstetra o un asistente sanitario. El parto obstétrico puede incluir intervenciones físicas, psicológicas, médicas o quirúrgicas.

5.3.6 Posparto:

Periodo que inicia después del parto donde el cuerpo de la mujer se encuentra en recuperación y adaptación, en este periodo se reconoce las funciones parentales y se establece un vínculo afectivo madre e hijo (República de Colombia- Gobierno Nacional, 2022).

5.3.7 Salud materna:

La salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio y al mismo tiempo que pueda disfrutar del más alto bienestar físico, mental y social, que le permita vivir y afrontar su maternidad dignamente (Ministerio de Salud y Protección Social s/f).

5.3.8 Violencia obstétrica:

Representa principalmente una violación a los derechos humanos desde los derechos de la mujer, sexuales y reproductivos; son actos deshumanizados ejercidos por parte del personal de salud a las mujeres durante el embarazo, el parto y posparto que incluye de esta manera actos no consensuados, no apropiados o innecesarios que pueden generar complicaciones graves y no solo físicos si no también psicológicos (Rodríguez Mir, J., & Martínez Gandolfi, A., 2021), algunos de los actos pueden ser episiotomías sin consentimiento e innecesaria, intervenciones dolorosas sin analgesia, tener una parto medicalizado y obligar a realizar el trabajo de parto en una determinada posición y por otro lado tratos autoritarios, humillantes o insultos verbales.

5.3.9 Violencia física a las gestantes:

Es cualquier trato que daña físicamente a la mujer incluyendo golpes, lesiones tanto internas o externas como tactos repetitivos y realizados por múltiples personas, la episiotomía, la maniobra de kristeller, intervenciones sin analgesia, realización de cesáreas innecesarias y sin consentimiento (Vallana Sala, V,V, 2019).

5.3.10 Violencia psicológica:

Son actos o conductas que afecta a la mujer como regaños, tratos infantilizados, autoritarios, humillaciones, discriminaciones, burlas o incluso frases que pueden disminuir la autoestima de la mujer (Vallana Sala, V,V, 2019).

5.3.11 Violencia institucional:

Son aquellos protocolos realizados por las instituciones de salud para realizar intervenciones médicas y que estas sean aplicadas sin justificación o sin autorización de la mujer y todo esto sin tener en cuenta la particularidad de cada gestante (Vallana Sala, V,V, 2019).

5.3.12 Violencia simbólica:

Son los actos violentos o subordinación sin previo consentimiento ejercidos por el personal de salud, que las mujeres atendidas creen necesarios, que justifican, aceptan y además agradecen aquel ejercicio de dominación que ejercen sobre ellas. Es la naturalización de actos violentos que son ejercidos en los centros de salud (Vallana Sala, V,V, 2019).

5.4 MARCO CONTEXTUAL

Los centros de salud seleccionados para la realización de la investigación corresponden al Departamento de Risaralda, en la ciudad de Pereira.

La Clínica Los Rosales está ubicada en la carrera 9°N° 25 –25 zona centro de Pereira, es una sociedad comercial constituida desde el año 1980 en la ciudad de Pereira por un grupo de inversionistas que, con visión a futuro, asumieron la tarea de construir una Clínica de tercer nivel que supliera las necesidades de Pereira y la Región. Para el año 1993 esta sociedad logró capitalizarse y llevar a cabo la construcción de su sede actual y desde ese momento se ha constituido como la Institución Prestadora de Servicios privada más importante en su área de influencia.

Esta clínica presta servicios de hospitalización de 2, 3 y 4 nivel, urgencias de 3 y 4 nivel, imagenología (Radiólogos Asociados), cirugía de 2, 3 y 4 nivel, Unidad de Cuidado Crítico Adultos, Unidad de Cuidado Crítico Neonatal, consulta externa especializada, hemodinámica (Hemodinamia del Café) y laboratorio Clínico.

Figura 1.*CLINICA LOS ROSALES*

Fuente: Google maps. Ciudad Pereira carrera 9°N° 25 –25. Recuperado el 13 de agosto de 2022, desde <https://goo.gl/maps/S9DhJehNUa2x2AkLA>

El Hospital ESE Salud Pereira se encuentra ubicado en la carrera 7#40 zona centro de Pereira, fue consolidada como la institución de primer nivel de atención en salud respondiendo a las políticas propuestas de descentralización e inició su vida jurídica el 1 de enero del 2001. Además, la Empresa Social del Estado Salud Pereira cuenta con una red de prestación de servicios distribuida en tres nodos principales que son las Unidades intermedias de Cuba, Kennedy y centro las cuales cubren las necesidades de la población urbana y rural en los sectores Suroccidental, Nororiental y Centro de la ciudad. Y a su vez cada una cuenta con sus puestos de salud.

Este hospital presta servicios de Consulta Externa, Urgencias, Cirugía programada, Internación, Atención de partos de bajo riesgo, Apoyo diagnóstico, Imagenología y Actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad en las áreas POS y PAB del Primer y Segundo Nivel de Atención en Salud.

Figura 2.

HOSPITAL SALUD PEREIRA



Fuente: Google maps. Ciudad Pereira Carrera 7#40. Recuperado el 13 de agosto de 2022, desde <https://goo.gl/maps/NJx98NRZHB8gertd8>

5.5 MARCO GEOGRÁFICO

El proyecto investigativo se lleva a cabo en el eje territorial del departamento de Risaralda en los municipios de Pereira y Dosquebradas; Pereira es un municipio colombiano y la capital del departamento de Risaralda, catalogada como la ciudad más poblada y avante de la región del eje cafetero, junto con el municipios de Dosquebradas, conforman el área metropolitana del centro oeste del territorio nacional, en la cordillera central de los andes colombianos y hace parte del eje

cafetero y la región paisa; limita al norte con Antioquia y al sur con Quindío y Valle del Cauca (PEREIRA, 2022).

Risaralda es uno de los departamentos cafeteros más destacables de Colombia, fuera de la agricultura, tiene una superficie de 4.140 Km², una población total de 957.250 habitantes, Fue fundada en 1966 por Jaime Arboleda, Nolasco Santa, Lino Arias, Aldemar Quiceno, Ezequiel González, Cecilio Quiceno, Rufino Osorio, Balbino Escobar, Tadea Osorio Nicasio Castro, Bonifacio Sánchez, Marco A. Quiceno, Joaquín Quiceno, Ramón Franco, José Franco y su esposa María Antonia Arcila; (Gobernación Risaralda, 2016) Al norte limita con los departamentos de Antioquia y Caldas; al oriente con los departamentos de Caldas y Tolima; por el sur con los departamentos del Quindío y Valle del Cauca; y por el occidente con el departamento del Chocó. Es considerado como un departamento con pujante en el comercio e industria de confección, llegar a Risaralda es como sentirse en casa, la amabilidad de su gente es fundamental, sus hermosas vistas y paisajes que te conectan con la naturaleza como Parque Nacional Natural Los Nevados, el Santuario de fauna y flora Otún Quimbaya y el Parque Nacional Natural Tatamá, (PEREIRA, 2022).

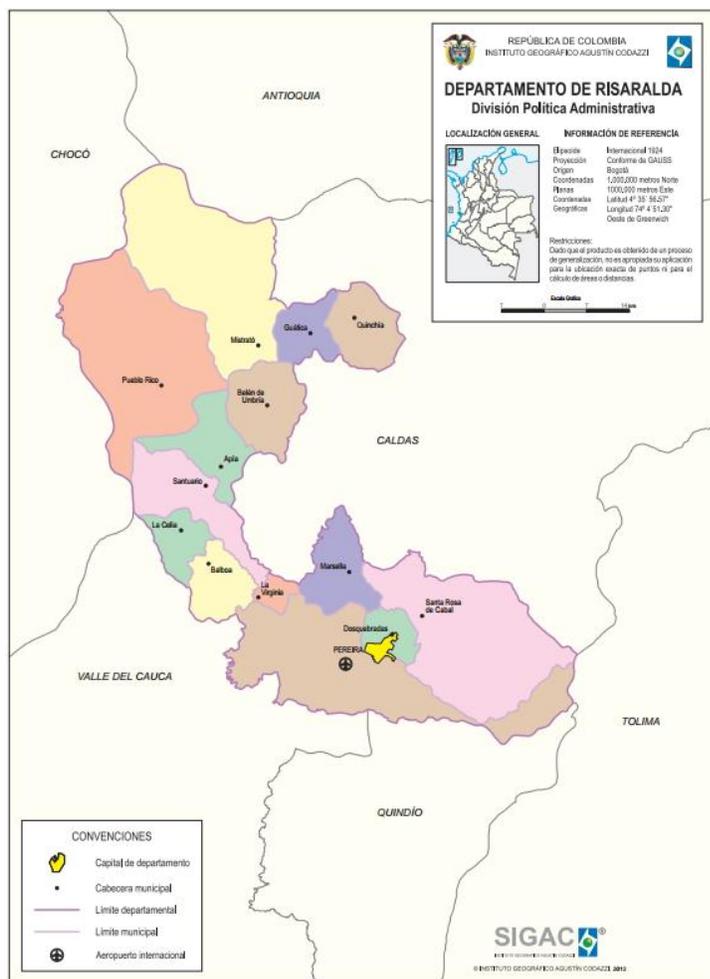
Pereira se encuentra ubicada sobre una zona cafetera Colombia a unos 344 kilómetros a de la capital colombiana y fue fundada el 30 de agosto de 1863 por Guillermo Pereira, Jesús María Ormaza, Remigio Antonio Cañarte, Elías Recio y otros, cuenta con una superficie de 702 km², es conocida por el café arábica suave, su plaza principal, Plaza de Bolívar, la cual cuenta con una estatua del héroe de la independencia Simón Bolívar desnudo y a caballo, La Catedral de Nuestra

Señora de la Pobreza del siglo XIX, El Viaducto César Gaviria Trujillo, surcando los cielos del río Otún(Gobernación Risaralda, 2016).

Dosquebradas es un municipio colombiano del departamento de Risaralda, fue fundado de manera oficial el 6 de diciembre de 1972, desde entonces se convirtió en la ciudad con mayor crecimiento urbano, físico y demográfico de Risaralda, y es el segundo municipio más importante en el departamento, está ubicado en la vertiente occidental de la cordillera central, a cinco kilómetros al noroeste del municipio de Pereira comunicado por el viaducto cesar Gaviria Trujillo, presenta una superficie de 70.8 km² y cuenta con una población total de 204.737 habitantes. goza de 2 Corregimientos como Las Marcadas y Serranía del Alto del Nudo ambos con corredores turísticos y ecológicos que presenta una buena oferta de turismo y gastronomía a la población local como a nivel Nacional. (PEREIRA, 2022).

Figura 3.

MAPA DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA



Fuente: Mapas del Departamento del Risaralda

<https://www.colombiamania.com/mapas/departamentos/risaralda.html>

5.6 MARCO EPIDEMIOLOGICO

La Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en su Capítulo II, habla sobre las diferentes formas de violencia contra las Mujeres en la Violencia Obstétrica, consiste en ciertas formas de maltrato debidamente definidas en la norma, realizados en contra de la mujer antes y durante el parto o casualmente cuando se presenta una emergencia

obstétrica y la esterilización forzada, concebida como un atentado a la capacidad reproductiva de la mujer.

En ciertos artículos se consideran actos constitutivos de violencia obstétrica ejecutados por los profesionales de salud, consistente en:

-Obligar a la mujer a dar a luz en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del alumbramiento

-Dificultar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o amamantando inmediatamente al momento de dar a luz

- Practicar el parto por vía de cesárea, habiendo condiciones para el parto natural, sin haber tenido el consentimiento voluntario de la mujer.

5.6.1 Encontramos ciertas estadísticas sobre mortalidad materna

La mortalidad materna es una responsabilidad del Estado en la garantía del Derecho a la vida, como primer Derecho Reproductivo. El Derecho a la reproducción sin morir en el intento con atención prenatal oportuna y de calidad.

Figura 4.

ESTADISTICA SOBRE MORTALIDAD MATERNA

País	Razón de mortalidad materna (Por 100.000 nacidos/as vivos/as. 2001-2006)
Argentina	39,2
Bolivia	230,0
Brasil	76,1
Canadá	5,9
Chile	19,8
Colombia	72,7
Costa Rica	39,3
Cuba	49,4
Ecuador	85,0
El Salvador	71,2
EEUU	13,1
Guatemala	148,8
Guyana	161,2
Haití	630,0
Jamaica	95,0
México	63,4
Nicaragua	86,5
Panamá	66,0
Paraguay	153,5
Perú	185,0
República Dominicana	80,0
RB de Venezuela	59,9

Fuente: La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. En http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1316-37012009000100010&script=sci_arttext

Continuando con el informe la posición impuesta en nuestras maternidades y centros públicos y privados de salud, se impone la premura en el parto. Es común que muchas veces las maternas sean devueltas a sus casas, sin importar distancias ni poner condiciones, luego de un largo chequeo, hasta que estén listas. Una vez ingresadas a las Maternidades y de allí a las Salas de Parto, se estimulan y se empieza con el uso de la picotín, las contracciones uterinas aceleran para que el parto se resuelva lo más pronto posible. Escapando en la mujer, el aumento del dolor, y su rigor.

5.7 MARCO ÉTICO

El embarazo, el parto y posparto representan para la mujer una serie de cambios fisiológicos y no solo eso, sino que cada aspecto de su vida cambia por lo cual debe adaptarse de manera que esto no afecte su estado psicológico o su salud física, parte fundamental para facilitar el ajuste a los cambios es su entorno y la red de apoyo con la que la mujer pueda contar, claramente incluye a los profesionales de salud quienes deben garantizar una atención óptima tanto a la madre como a su bebé.

A razón de esto la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) propone unas recomendaciones acerca de la atención materna respetuosa durante el embarazo y el parto donde se busca promover la participación de diferentes asociaciones u organizaciones a fin de reducir el maltrato o el abandono hacia las mujeres en las entidades de salud, de esta manera disminuir las cifras de mortalidad materna en el mundo como se proponen en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Los principios que sugiere implementar FIGO son la beneficencia, la no maleficencia, justicia y autonomía, enfatizando en el respeto de los profesionales hacia ellas y la mejora de procesos de atención donde se priorice el bienestar del binomio madre e hijo.

Como se nombró anteriormente la ONU Mujeres presenta en sus ODS el tercero llamado *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas y todos en todas las edades”* teniendo entre sus metas la reducción de muertes maternas a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos, puesto que cada día mueren 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el

embarazo o el parto y es por esto que la ONU busca colaborar con gobiernos para mejorar la calidad de la atención prestada en salud.

Por otra parte, en Colombia desde el 1 de julio de 2022 rige la ley 2244 del parto digno y humanizado la cual se centra en la libertad de toma de decisiones y los derechos de las gestantes y recién nacidos, enfocada en la atención integral en cada una de las etapas prenatales y el parto ya sea de riesgo o no, bajo esto se establece que la cantidad de personal debe ser suficiente para cubrir cada una de las necesidades de las pacientes y así mismo contar con los espacios y recursos adecuados.

Adicionalmente se presenta la resolución 8430 de 1993 en el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y propone los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa, como enfatiza el artículo 5 que toda investigación donde el sujeto de estudio sea el ser humano lo principal debe ser el respeto y la protección de sus derechos.

El artículo 14 presenta el consentimiento informado como un acuerdo por escrito donde el sujeto de estudio autoriza su participación teniendo conocimiento del procedimiento al que da lugar. Además, el artículo 15 indica que el consentimiento debe contener una justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos a realizar, las molestias o beneficios que puedan causar, la seguridad de que no se identificará al sujeto sino que se mantendrá la confidencialidad, entre otras. Por último, el artículo 16 refiere que para que un consentimiento sea válido, este debe

ser elaborado por el investigador principal y revisado por el comité de ética de las instituciones donde el estudio vaya a ser aplicado.

5.8 MARCO LEGAL

La atención a la salud materna es uno de los componentes del objetivo de desarrollo sostenible “salud y bienestar”, el cual ha inspirado múltiples acciones para mejorar la atención para todas las mujeres; sin embargo, la morbilidad y la mortalidad materna no han sido erradicadas y todavía existen otros problemas con el acceso a un parto sano y seguro. Uno de ellos es la violencia obstétrica, entendida como una forma de violencia que se ejerce en el sistema de salud, ya sea intencionada o involuntariamente, contra las mujeres gestantes, convirtiéndose a su vez, en una intersección inherente entre la violencia institucional y la violencia de género contra las mujeres. (Gleason et al., 2019)

La Organización Mundial de la Salud -OMS- y el programa de reproducción humana -HRP por sus siglas en inglés- hablan a profundidad de la violencia obstétrica y otros tipos de maltrato en contra de las mujeres gestantes y los recién nacidos, Entre los derechos más vulnerados durante el parto está el derecho a la privacidad, el consentimiento informado y el derecho a estar acompañada durante el parto. Las mujeres víctimas de estas malas prácticas tienen una probabilidad menor de acudir a recibir atención médica a los centros asistenciales, poniendo en riesgo su vida y la del bebé.

Los estudios muestran el impacto positivo de los acompañantes en el trabajo de parto, la necesidad de garantizar medidas de privacidad y mejores formas de medir las experiencias y la

satisfacción de las mujeres en los centros de salud de hecho, los análisis muestran que las mujeres sin acompañante son más propensas a sufrir violencia obstétrica, abuso físico, procedimientos médicos no consentidos y mala comunicación en comparación con las mujeres que permanecen acompañadas (organización mundial de la salud, 2022).

Un aporte de suma importancia para la organización panamericana de la salud (OPS) contextualiza la violencia obstétrica como violencia simbólica contra la mujer manifestando la asimetría existente entre hombres y mujeres siendo imprescindible el desarrollo normativo encargado de regular el conjunto de prácticas en los procesos reproductivos de las mujeres a la par que permita alertar sobre la importancia del respeto de los derechos sexuales y reproductivos, definiendo a la salud sexual y reproductiva como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. No obstante los logros conseguidos desde estas iniciativas, las desigualdades de género siguen afectando los servicios de salud reproductiva en gran parte del mundo (Al Adib Mendiri et al., 2017).

En la prensa colombiana son pocas notas sobre la violencia obstétrica, en el caso de Bogotá, la Secretaría Distrital de la Mujer realizó un estudio de violencia obstétrica o en perspectiva de derechos, en el que evidencia casos de violación al derecho a la intimidad durante el parto, violación del derecho a la información y a la toma de decisiones, y se encontraron tratos crueles, inhumanos y degradantes en la atención. Esta misma institución señalaba que estas conductas, al no estar tipificadas como delito en el marco legal, hacían difícil identificar los casos de violencia obstétrica con certeza y no se podía contrarrestar el fenómeno, en consecuencia, se presentaron

proyectos de ley para mejorar la salud materna, la judicialización de la violencia sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. (Perdomo-Rubio et al., 2019).

La constitución política de Colombia da cobertura y protege los derechos de la mujer en algunas leyes y decretos como lo son la (Ley 82 1993) Por la cual se expiden normas para apoyar de manera especial a la mujer cabeza de familia. (Ley 581 2000) Ley de cuotas para cargos de designación e inclusión. (Ley 731 2002) Por la cual se dictan normas para favorecer a las mujeres rurales (Ley 823 2003) Por la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres. (Ley 1257 2008) Garantizar el Derecho de las mujeres a vivir una vida libre sin Violencia. (Leyes 599 2000) (906 2004) y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado.

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres también se encuentran bajo el monitoreo riguroso del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) es una agencia de cooperación internacional para el desarrollo que promueve el derecho de todas las personas a disfrutar de una vida sana, con igualdad de oportunidades. Apoya a los países para asegurar que cada embarazo sea deseado, cada parto sea sin riesgos y que cada persona joven alcance su pleno desarrollo. Aun cuando la normatividad proporciona cierto grado de seguridad y protección a los derechos de la mujer, es fácil reconocer e identificar en las salas de partos y posparto, cómo se viola y degrada la dignidad de las púerperas. (Congreso de la República de Colombia, 2022)

5.9 MARCO DISCIPLINAR

Para el desarrollo de la actual investigación se tuvo en cuenta diferentes teoristas quienes enfocan desde diferentes puntos el objetivo principal entre estas tenemos:

Doctora Jean Watson en su Teoría del cuidado Humanizado la cual otorga elementos de vital importancia que, aunque la teoría no es enfocada directamente a la atención del parto, pero si aplica para una atención libre de violencia y con un principal objetivo que es brindar una atención integral y un cuidado humanizado a todos los pacientes.

Para Watson la relación entre el enfermero y el paciente es arte cuando se experimenta, se acepta y se comprende diferentes sentimientos que padece en algún momento de su vida las personas que reciben el cuidado, en este caso las gestantes las cuales ingresan al servicio de salud con cierta incertidumbre, sentimientos encontrados como miedo, dolor y ansiedad por lo que es indispensable que el rol del personal de salud sea más comprensivo y delicado ya que son quienes lideran los servicios dentro de las instituciones y las pacientes se rigen a sus conocimientos dando por hecho que lo que se les realiza es lo correcto (Guerrero- Ramírez et al., 2017).

Por otra parte, se encuentra la teorista **Madeleine Leininger** que se enfoca en el cuidado transcultural en la cual propone que los enfermeros se encuentren capacitados para respetar y aceptar las diferencias culturales de los pacientes y así poder brindar una atención óptima teniendo en cuenta las preferencias con respecto al cuidado que desean o necesitan los demás para mantener su bienestar (Investigación, 2021).

Para Leininger los cuidados deben otorgarse de igual manera a todas las personas sin importar su culturalidad, para este caso ponemos como ejemplo la cultura ingenua los cuales consideran el parto como un hecho importante para su comunidad ya que de esta forma aumenta su descendencia étnica; por otro lado para ellos, su estado socioeconómico los hace frágiles a la hora de acceder a los servicios de salud, donde no se tiene en cuenta sus creencias y saberes culturales por lo que tienen mayor riesgo a experimentar violencia obstétrica por sus vulnerabilidades como el idioma, la etnia y la inequidad social (Gleason et, al., 2021), por lo anterior se debe trabajar indiscutiblemente con la teoría de multiculturalidad para que el personal de salud pueda brindar una atención más correcta, respetuosa y compasiva.

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio:

Estudio descriptivo, transversal y observacional puesto que se hizo una observación directa a las participantes por medio del instrumento aplicado, se define descriptivo porque busca describir la violencia obstétrica como sus diversas formas y transversal porque se recogió la información en un momento dado del proceso investigativo como se señaló.

6.2 Población estudio:

Estuvo conformado por 53 gestantes que fueron atendidas dos instituciones durante el primer semestre de este año y que se encontraban en su post parto inmediato a quienes se les dió a conocer el consentimiento informado de manera previa con aceptación y firma de este, fueron identificadas con un seudónimo y se respetará su identidad como confidencialidad de la información recibida (declaración de Helsinki y resolución 8430 de 1993). Además, responde a la Ley Estatutaria 1581 de 2012, que protege el derecho al uso y adecuado tratamiento de la información que se haya recolectado en bases de datos o archivos.

Los criterios de inclusión fueron haber tenido atención obstétrica durante el trabajo de parto, parto y postparto en las dos instituciones de salud de Pereira -Risaralda durante el primer

semestre del 2022, que aceptaran participar libremente en la investigación, y los criterios de exclusión fueron que las participantes tuvieran discapacidad mental o sensorial, que hayan llegado en periodo expulsivo, que no aceptaran participar en el estudio, o que no firmaron el consentimiento informado.

6.3 Instrumento:

Se elaboró un cuestionario tipo lista de chequeo la cual contaba con diferentes dimensiones como lo son comunicación verbal, no verbal y para verbal, cuidado informado y concertado, acompañamiento y respeto a la dignidad, bienestar y autonomía, técnicas y procedimientos, orientación y asesoría, posteriormente se realizó el trabajo de campo para recoger la información y se tabuló en Excel versión 2016.

6.4 Técnicas de recolección de información:

Se solicitó permiso a las dos instituciones de salud para realizar la recolección de datos las cuales aceptaron con previo conocimiento del estudio y se pidió consentimiento informado previo a la aplicación del instrumento a aquellas usuarias que se encontraban en el postparto inmediato antes de su egreso, se aplicó la encuesta de manera presencial en los centros de salud con una duración promedio de 20 a 30 minutos.

6.5 Análisis de los resultados:

Con base a los resultados arrojados por el instrumento, se procede a realizar el análisis con 53 mujeres en su post parto inmediato en dos instituciones de salud, posteriormente se compararon diferentes variables para establecer porcentajes y sacar conclusiones contemplados en los hallazgos.

7. ANÁLISIS

Naturalización e incorporación de la violencia obstétrica con la institucionalización en la atención del parto.

Figura 5.

ATENCIÓN DEL PARTO



Fuente: Este estudio.

Tipo de estudio, mediante el cual se realizó la recolección de la información e interpretación de las diferentes formas de violencia obstétrica presentes en algunas instituciones de salud de Pereira 2022.

Figura 6:*TIPO DE ESTUDIO*

Fuente: Este estudio.

Rango de edades de las participantes que permitió tipificar las diferentes formas de violencia obstétrica presentes.

Figura 7.*RANGO DE EDADES*

Fuente: Este estudio.

Un factor determinante en la percepción de la violencia obstétrica es el grado de escolaridad, el estudio nos mostró que el desconocimiento de la norma o carencia de estudios previos, representan un factor de riesgo en comparación de las participantes que son acreedoras de un título profesional o presentan algún tipo de conocimiento en el sector salud.

Figura 8.**GRADO DE ESCOLARIDAD**

Fuente: Este estudio.

Caracterización de la violencia obstétrica y conceptos elaborados al inicio del estudio.

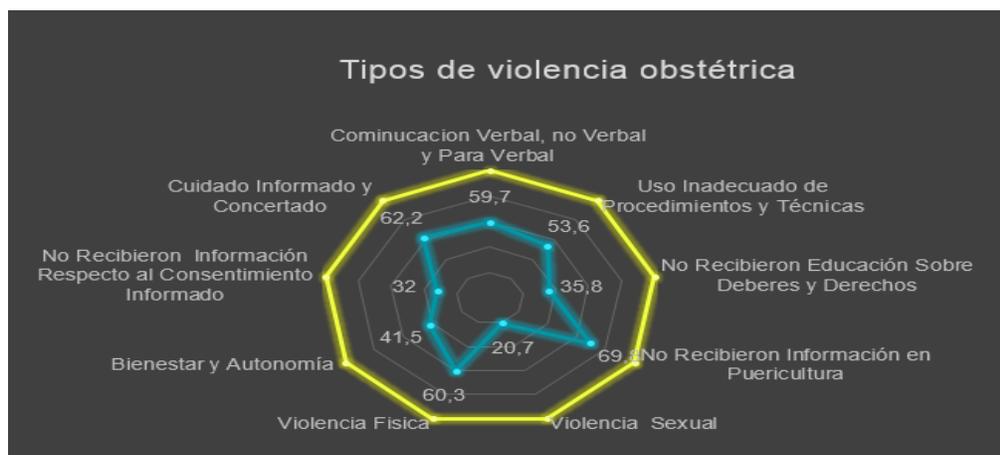
Figura 9.**TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

Fuente: Este estudio.

Tipos de violencia obstétrica recibidos por las participantes durante su atención en el parto y tipificada durante las entrevistas y recolección de la información en las instituciones de salud.

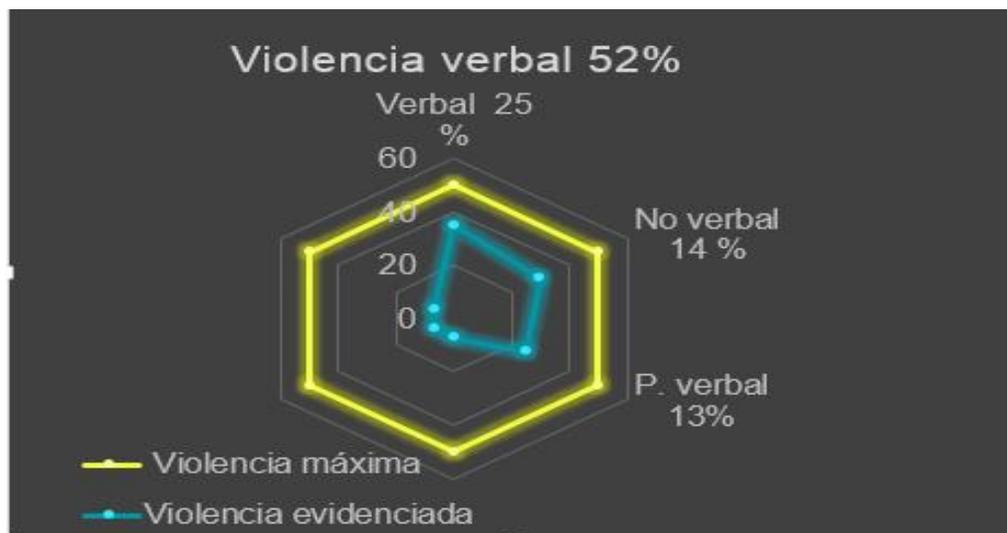
Figura 10.

TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA



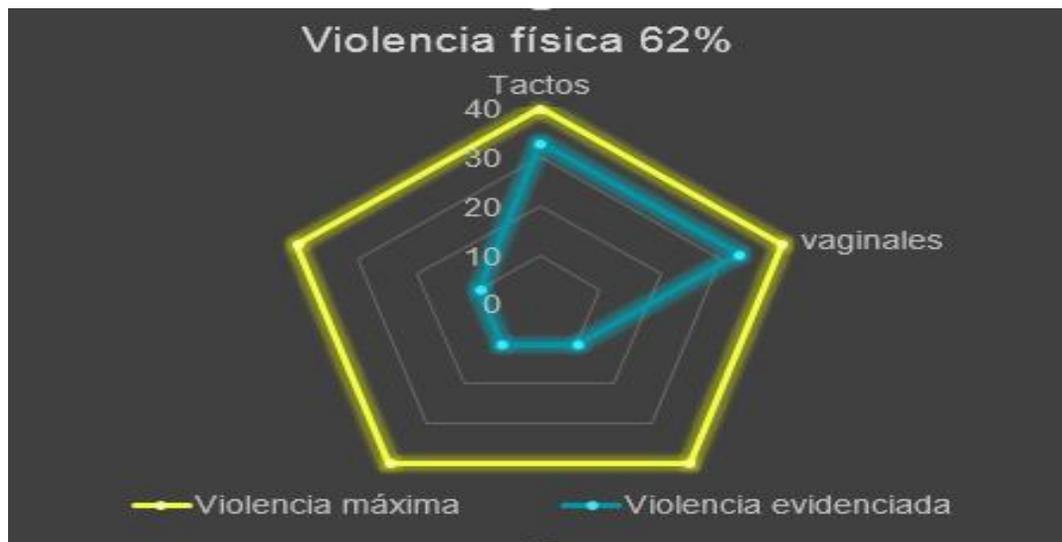
Fuente: Este estudio.

La violencia verbal se presente en un 52 % de las entrevistas realizadas, para un mejor análisis de la información se codificó la información y sub clasificó en tres categorías y sus respectivos porcentajes, **violencia verbal** 25 % donde se utilizaban palabras de grueso calibre para dirigirse a las participantes tales como mamita o mijita, **no verbal** 14 % se acompañaba con gesticulaciones y expresiones de desagrado en contra de las participantes, **para verbal** 13 % donde se utilizaban timbres de voz y expresiones con sarcasmo a la hora de brindar la atención.

Figura 11.**VIOLENCIA VERBAL**

Fuente: Este estudio.

La violencia física estuvo presente en un 62 % de las entrevistas realizadas y con ella las experiencias de las participantes durante el proceso de atención donde con sentimientos de dolor y expresión de temor recordaban como se les realizaban tactos vaginales de manera indiscriminada por parte del personal de salud en múltiples ocasiones y por diferentes profesionales sin consentimiento o previa autorización.

Figura 12.**VIOLENCIA FÍSICA**

Fuente: Este estudio.

En un 60 % de las entrevistas las participantes manifestaban que se les realizaban todo tipo de masajes y maniobras en el abdomen con el fin de favorecer el proceso del parto, aun cuando muchos protocolo y derechos constitucionales, sexuales y reproductivos limitan el uso de las maniobras de Kristeller es evidente que en algunas instituciones de salud se sigue practicando y con gran frecuencia.

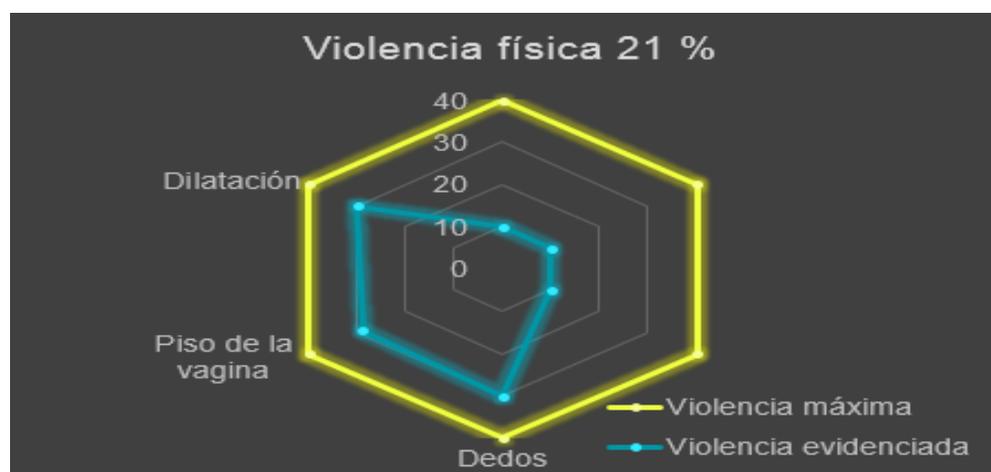
Figura 13.**VIOLENCIA FÍSICA - KRISTELLER**

Fuente: Este estudio.

La violencia física percibidas por las participantes estuvo presente en un 21 % de las entrevistas realizadas, donde se violentaron los derechos sexuales y reproductivos de las participantes, en su gran mayoría manifestaron que los profesionales de la salud les introducían los dedos en el piso y las paredes de la vagina con el fin de lograr una óptima dilatación y facilitar el trabajo de parto.

Figura 14.

VIOLENCIA FÍSICA 21%



Fuente: Este estudio.

Dentro de los protocolos y procedimientos implementados en pro del cuidado de la mujer en el transcurso intrahospitalario, se evidencio un inadecuado uso de procedimientos y técnicas en un 42 % de las entrevistas, donde las participantes manifestaron se les obligó a permanecer acostadas y monitorizadas de manera continua limitando su confort y autonomía, así como el no uso de analgésicos durante su trabajo de parto, parto y posparto inmediato.

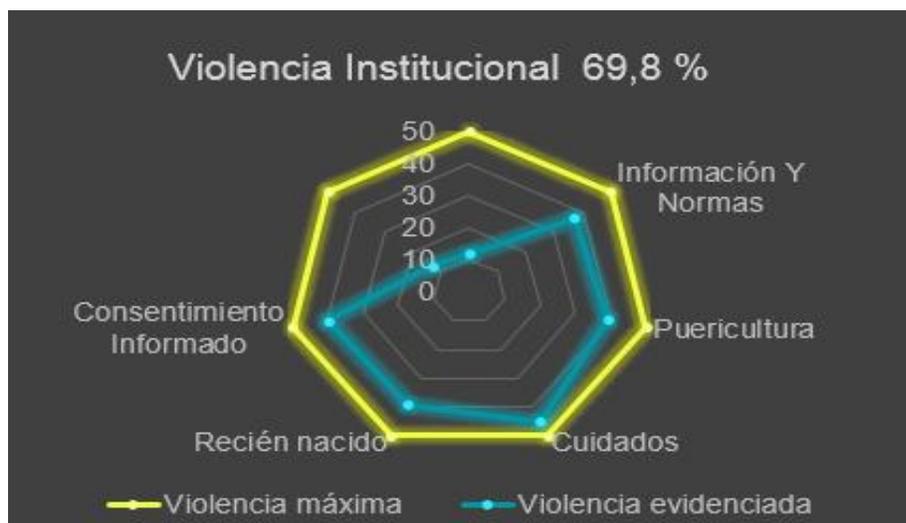
Figura 15.

USO INADECUADO DE PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS 42%



Fuente: Este estudio.

Al finalizar el estudio se encontró una nueva categoría y forma de tipificar la violencia obstétrica por lo que se decidió denominar violencia institucional presente en un 69,8 % donde se omitió información sobre derechos y deberes institucionales que tenían las participantes durante su estancia hospitalaria, donde el personal de salud se limitó a hacer firmar el consentimiento informado pero no a brindar educación e información al respecto y se cumplía con este requisito mas no se soportó la información a las participantes, tampoco se brindó información sobre puericultura y cuidados con el recién nacido para el lugar de domicilio, limitando los derechos constitucionales de la madre y del recién nacido.

Figura 16.*VIOLENCIA INSTITUCIONAL 69,8%***Fuente:** Este estudio.

8. RESULTADOS

La violencia obstétrica es un acto que pocas mujeres reconocen en la actualidad, debido a que consideran que hace parte de los procesos cotidianos atención en los servicios de obstetricia, e ignoran que se pone en riesgo la vida propia como también la del recién nacido, de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio realizado se detalla que existe suficiente evidencia, en la que es breve tipificar los casos de violencia obstétrica en las pacientes, mediante la relación del binomio madre e hijo, personal de salud versus paciente.

En características sociodemográficas y clínicas se realizaron 53 entrevistas a mujeres puérperas que recibieron atención hospitalaria en el proceso parto, de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, se encontró que 20 mujeres se encontraban en un rango de edad entre 18-23 años correspondiente a un rango de (37.7%), 18 mujeres entre los 24-29 años correspondiente a un rango de (33.9%) y 15 mujeres mayores de 30 años correspondiente a un rango de (28.3%) del estudio, dentro de las comorbilidades se encontró que durante el proceso de gestación 3 (5.6%) cursaron con preclamsia, 3 (5.6%) con placenta previa, 6 (11.3%) con diabetes Gestacional siendo estas comorbilidades las más frecuentes como enfermedades propias del embarazo.

Por otra parte, al analizar las diferentes dimensiones se encontró que en **comunicación verbal, no verbal y para verbal** 27 participantes (50.9%) indicaron haber recibido gestos incómodos y tratos autoritarios e inadecuados por parte del personal que brindó la atención, **en cuidado informado y concertado** 33 mujeres (62.2%) tuvieron tactos vaginales de manera

repetitiva y por diferentes profesionales de la salud a esto se incluye que una de ellas específico que había recibido 10 tactos en su atención; 16 de las participantes (32%) indicaron no haber recibido información con respecto al consentimiento informado y muchas de estas veces se les indicaba que debían firmar un documento pero no se les explicó la finalidad de este; en **bienestar y autonomía** 22 (41.5%) manifestaron que el personal las obligaba a estar acostadas y monitorizadas disminuyendo su confort y autonomía; con respecto a las **técnicas y procedimientos** 32 (60.3%) indicaron que el personal realizaba presión sobre su abdomen para agilizar el parto lo que en ese momento no lo asimilaba como tan doloroso y en muchos casos agradecían que les hicieran esto para que su bebe naciera rápido; 11 de las pacientes (20.7%) afirmaron que los médicos les ayudaban dilatando el cuello con los dedos, en esta dimensión se incluye que 22 usuarias (41.5%) no tuvieron ninguna educación con respecto a diferentes técnicas no farmacológicas para aliviar el dolor afirmando que habían pelotas de parto pero nadie les explicó cómo podían utilizarlas y muchas la utilizaban porque habían visto videos; en cuanto a la **atención y cuidado informado** 37 mujeres (69.8%) no recibieron información en puericultura y cuidados del recién nacido ni de ellas en el puerperio; 19 pacientes (35.8%) expresaron que no les brindaron educación sobre los deberes y derechos que tenían en las instituciones de salud entre ellos el consentimiento informado, como del acompañamiento de una persona significativa para ella.

En relación con la violencia global evidenciada durante el trabajo de parto, parto y postparto, las participantes inicialmente manifestaron no recibir algún tipo de violencia o maltrato por parte del personal de salud, sin embargo, durante la aplicación y análisis del instrumento de valoración, se identificaron manifestaciones de violencia obstétrica en las respuestas de las

participantes, tales como física, verbal, psicológica, sexual e incluso el uso innecesario de técnicas y procedimientos por parte del personal que las atendió, que a simple vista no fueron percibidos por las pacientes y por el contrario consideraban que esas acciones eran necesarias en su proceso, pero que sin duda alguna estas vulneran y degradan los derechos constitucionales, sexuales y reproductivos de la mujer.

9. DISCUSIÓN

Un aspecto muy importante que da lugar a la persistencia de la violencia obstétrica es el desconocimiento de parte de las pacientes y el no tener claros sus derechos sexuales y reproductivos, llegando a excusar a los profesionales por estas acciones, donde no tienen claro si realmente sufrieron actos violentos o no debido a que confían en el personal de salud en aquellos momentos de fragilidad y vulnerabilidad donde los reconocen como figura de autoridad y así mismo dejan de lado sus deseos y criterio personal para seguir las órdenes que les sean impuestas, todo esto podemos afirmarlo con Madrid et al (2019) quien indica que una cantidad limitada de mujeres conoce el término de violencia obstétrica y ninguna sabe dónde acudir a denunciarlo, en este estudio se encontró un alto índice donde las participantes naturalizan los procedimientos por que los consideran necesarios.

Santos et al (2009) en su estudio halló que las mujeres dan ambigüedad a las vivencias durante el parto en las cuales de forma dudosa algunas dicen que los cuidados son realizados dentro de la normalidad lo cual nuevamente coincide con nuestros resultados que indican que las pacientes acaban aceptando procedimientos sin ningún cuestionamiento, rechazando sus deseos, dudas y, en silencio, sufren sin tener conciencia de que fueron violentadas, dando lugar a conductas pasivas que permite la imposición autoritaria de normas y valores morales despectivos por profesionales de salud, quienes juzgan saber lo que es mejor para ellas colocándolas en una situación de impotencia.

Por otra parte, Alexandria “et al (2000) señala que las agresiones verbales se presentan en un mayor porcentaje, al igual que nuestras participantes con un 50.9% acción que inhibe a la mujer en sus deseos de participar en la atención obstétrica para ser reconocida como mujer con derechos sobre su cuerpo y las necesidades para ella y su hijo.

Las características de la VO, son una expresión manifiesta en los actos negligentes, imprudentes, discriminatorios e irrespetuosos practicados por profesionales de salud por el conocimiento técnico científico en que naturalizan y banalizan su ocurrencia en el ámbito obstétrico, legitimados por las relaciones simbólicas de poder. Es así, como la Violencia Obstétrica retrata una violación a los derechos humanos y constituye un grave problema de salud pública aún sin resolver. Sin embargo, son muchos los países que avanzan en leyes y políticas públicas, en un desafío conjunto para asegurar una asistencia obstétrica libre de violencia y fundada en los derechos humanos, de género como sexual y reproductivo, como reivindicación de la autonomía sobre sus cuerpos. La Ley 2244 del 2022 de parto digno y humanizado en Colombia tiene dentro de sus Objetivos el derecho a obtener una información apropiada y suficiente por parte de los profesionales de salud en su trabajo de parto, en este se encuentran avances en la atención humanizada del parto. El parto es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de cualquier mujer, no obstante, su vivencia cambia de acuerdo a la cultura y sociedad en la que las creencias y prácticas se llevan a cabo en el proceso, razón por la cual se sugiere continuar con otros estudios que reevalúen estos hallazgos.

10 CONCLUSIONES

Las características de la VO, son una expresión manifiesta en los actos negligentes, imprudentes, discriminatorios e irrespetuosos practicados por profesionales de salud por el conocimiento técnico científico en que naturalizan y banalizan su ocurrencia en el ámbito obstétrico, legitimados por las relaciones simbólicas de poder. Es así, como la Violencia Obstétrica retrata una violación a los derechos humanos y constituye un grave problema de salud pública aún sin resolver. Sin embargo, son muchos los países que avanzan en leyes y políticas públicas, en un desafío conjunto para asegurar una asistencia obstétrica libre de violencia y fundada en los derechos humanos, de género como sexual y reproductivo, como reivindicación de la autonomía sobre sus cuerpos.

Los resultados de este estudio muestran evidencia de Violencia Obstétrica física en diversos procedimientos y le sigue la violencia psicoemocional de tipo verbal que inhibe a la mujer en sus deseos de participar durante la atención para ser reconocida como mujer que cuenta con derechos sobre su cuerpo, las necesidades para ella y su hijo.

El embarazo, parto y puerperio son procesos significativos que las mujeres logran recordar detalladamente y en la realización del actual trabajo se evidenció que se hubo diferentes acciones que vulneran los derechos que tienen las mujeres, impidiéndoles participar plenamente y con dignidad en su proceso generando un impacto negativo que perdurará en su vida personal, de igual forma se evidenció que muchas de las acciones realizadas por el personal de salud son realizadas

de manera mecánica y estas afectan la atención que idealmente debe ser humanizada, por esto es importante continuar con otros estudios que reevalúen los hallazgos encontrados con la finalidad de mejorar la calidad de la atención obstétrica.

11 RECOMENDACIONES

Concluyendo con este estudio y basado a lo expuesto anteriormente en esta investigación se plantean las siguientes recomendaciones:

- Principalmente hacer visible los derechos y deberes que tienen las mujeres tanto en su proceso de gestación como en el trabajo de parto y parto teniendo en cuenta las normas que se dictan en la ley 1257 del 2008, que específicamente hablan de la sensibilización, la prevención y sanción frente a cualquier forma de violencia obstétrica, teniendo en cuenta que una buena y completa educación que se les brinde a las mujeres, permite que ellas reciban una atención humanizada e integral manteniendo las condiciones de seguridad y dignidad tanto para ellas como para el recién nacido y su círculo familiar.
- Por otro lado, es importante hacer visibles las formas y tipos de violencia obstétrica tanto para el personal de salud como para las mujeres en proceso de gestación, ya que el personal omite acciones que vulneran los derechos de las usuarias como el no brindar una adecuada asesoría y orientación sobre su plan de alta, sus cuidados postparto y puericultura con su recién nacido, en este sentido las mujeres omiten que esa información debe ser brindada directamente por el personal de salud antes de salir de la institución.

12. ANEXOS:

Clínica los Rosales



Hospital Salud Pereira



13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdala, L. (2021). “Sé que me cortaron, pero lo olvidé inmediatamente cuando te vi”. La violencia obstétrica como un nuevo marco para dotar de inteligibilidad las memorias y experiencias de los partos en la argentina reciente. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, e21203(37), 22. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2021.37.e21203.a>
- Alexandria, S. T. de, Oliveira, M. do S. S. de, Alves, S. M., Bessa, M. M. M., Albuquerque, G. A., & Santana, M. D. R. (2019). La violencia obstétrica bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería involucrados en la asistencia al parto. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 53. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.12>
- Al Adib Mendiri, M., Ibáñez Bernáldez, M., Casado Blanco, M., & Santos Redondo, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 104–111.
- Angeletti, E. M. (2022). Parto humanizado y violencia obstétrica en Chile: Percepción de los actores involucrados. *Evidencia, Actualización En La Práctica Ambulatoria*, 25(1). <https://doi.org/10.51987/evidencia.v25i1.6998>
- Barrera, S. M. R. (2022, 28 julio). Ley 2244 de 2022: parto digno y humanizado en Colombia. CONSULTORSALUD. <https://consultorsalud.com/ley-2244-2022-parto-humanizado-colombia/#:%7E:text=Desde%20mediados%20de%20julio%2C%20en,gestacional%20y%20operinatal%3B%20respetando%20su>
- Castriello, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia

obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 24, 43–68.

<https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>

Chávez, M. L., & Sánchez, N. A. (2018). Violencia obstétrica y morbilidad materna: Sucesos de violencia de género. *Revista de El Colegio de San Luis*, 8(16), 103–119.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/rcsl/v8n16/2007-8846-rcsl-16-103.pdf>

Cifre, R. L. (2019). Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investigaciones Feministas*, 10(1). <https://doi.org/10.5209/infe.60886>

Congreso de la República de Colombia. (10 de agosto de 2022). *comisión legal para la equidad de la mujer*. Obtenido de leyes con impacto en los derechos de las mujeres:

[https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2017-](https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2017-08/LEYES_CON%20IMPACTO%20DE%20GENERO%20EN_LOS_DERECHOS_DE_LAS%20%20MUJERES.pdf)

[08/LEYES_CON%20IMPACTO%20DE%20GENERO%20EN_LOS_DERECHOS_DE_LAS%20%20MUJERES.pdf](https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2017-08/LEYES_CON%20IMPACTO%20DE%20GENERO%20EN_LOS_DERECHOS_DE_LAS%20%20MUJERES.pdf)

Darío, Y., Briyith, J., Cristina, M., Campo, P., María, A., Pablo, J., Jojoa-Tobar, E., Darío

Cuchumbe-Sánchez, Y., Briyith Ledesma-Rengifo, J., Cristina Muñoz-Mosquera, M., María

Paja Campo, A., & Pablo Suarez-Bravo, J. (2019). Cómo citar el artículo Número completo

Más información del artículo Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible Obstetric

violence: making the invisible visible. *Making the Invisible Visible Elisa*, 51(2), 13.

<https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>

Dias-Scopel, R. P., & Scopel, D. (2018). ¿Quiénes son las parteras munduruku? Pluralismo médico y autoatención en el parto domiciliario entre indígenas en Amazonas, Brasil. *Desacatos*.

Revista de Ciencias Sociales, 9(58), 16. <https://doi.org/10.29340/58.1994>

- Darío, Y., Briyith, J., Cristina, M., Campo, P., María, A., Pablo, J., Jojoa-Tobar, E., Darío Cuchumbe-Sánchez, Y., Briyith Ledesma-Rengifo, J., Cristina Muñoz-Mosquera, M., María Paja Campo, A., & Pablo Suarez-Bravo, J. (2019). Cómo citar el artículo Número completo Más información del artículo Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible Obstetric violence: making the invisible visible. *Making the Invisible Visible Elisa*, 51(2), 13. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-201900>
- Dias-Scopel, R. P., & Scopel, D. (2018). ¿Quiénes son las parteras munduruku? Pluralismo médico y autoatención en el parto domiciliario entre indígenas en Amazonas, Brasil. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 9(58), 16. <https://doi.org/10.29340/58.1994>
- Diosdado Cabello Rondón, Darío Vivas Velazco, Blanca Ekhout, Victor Clarck Boscán, Fidel Ernesto Vásquez, & Elvis Junior Hidrobo. (2014, November 25). *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. https://oig.cepal.org/sites/default/files/2014_ven_femicidio_ley_organica_sobre_derecho_de_mujeres_a_una_vida_libre_de_violencia_25_11_14-1.pdf
- Gleason, E. G., Molina Berrío, D. P., López Ríos, J. M., & Mejía Merino, C. M. (2021). “Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad”: experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. *Salud Colectiva*, 17. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3727>
- Gobernación de Risaralda, Pereira. (2016, septiembre). *Gobernación de Risaralda Sentimiento de Todos*. En: <https://www.risaralda.gov.co/publicaciones/100240/pereira/>

- Guerrero-Ramírez, R., Meneses-La Riva, M. E., & De La Cruz-Ruiz, M. (2017). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao, 2015. *Revista Enfermería Herediana*, 9(2), 133. <https://doi.org/10.20453/renh.v9i2.3017>
- Hernández Bello, Z. (2020). La Experiencia de Violencia Obstétrica en Mujeres Adultas Puertorriqueñas: Un Estudio Fenomenológico desde una Perspectiva de Género. *Revista Caribeña de Psicología*, 4(3). <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i3.4847>
- Investigación, R. S. (2021, abril 6). *Madeleine leininger, artículo monográfico*. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/madeleine-leininger-articulo-monografico/>
- Madrid Medina, C., de León Pérez, M. Á., Delgado Mandujano, M. J., Cancino de la Cruz, L. G., Rangel Jiménez, P., Soto Rosales, B. E., & Rodríguez Limón, M. del R. (2019). Prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediato por el personal de un hospital público. *Lux Médica*, 14(42). <https://doi.org/10.33064/42lm20192245>
- María Margarita, A., Torres Jiménez, Y. Y., & Poveda Ávila, J. F. (2018). El proceso de parto cultural, una necesidad. *Cultura Del Cuidado*, 15(1), 23–37. <https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2018v15n1.5068>
- Mazuera Ayala, P. (2021). Violencia obstétrica: reproduciendo el dolor. *Via Inveniendi Et Iudicandi*, 16(2), 29. <https://doi.org/10.15332/19090528.6783>
- Michely Santos Carer, A., Suziane Bezerra da Costa, M., Costa Maia Monteiro, V., da Costa Belarmino, A., de Oliveira Cavalcante, K., & Rodrigues Ferreira Junior, A. (2021).

Experiencias de puérperas sobre violencia obstétrica en la perspectiva fenomenológica. *Revista Cubana de Enfermería*, 1–17. <https://orcid.org/0000-0002-7848-2295>

Ministerio de Salud y Protección social, R. de C. (s/f). Páginas - Salud materna. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx>. Recuperado el 16 de agosto de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx>

Noreña-Herrera, C., Leyva-Flores, R., Palacio-Mejía, L. S., & Duarte-Gómez, M. B. (2015).

Disparidades étnicas no uso de serviços de saúde reprodutiva por mulheres colombianas indígenas e afrodescendentes. *Cadernos de Saude Publica*, 31(12), 2635–2648.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00016515>

Nureña, C. R. (2009). Incorporación del parto. *Rev Panam Salud Publica*, 26(4), 368–376.

<https://scielosp.org/article/rpsp/2009.v26n4/368-376/es/>

ONU MUJERES. (n.d.). *Poner fin a la violencia contra las mujeres*. ONU MUJERES. Retrieved

April 30, 2022, from <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women>

Organización Mundial de la Salud. (23 de marzo de 2022). Obtenido de Violencia obstétrica:

<https://consultorsalud.com/violencia-obstetrica-datos-oms/>

Perdomo-Rubio, A., MartínezSilva, P. A., Lafaurie-Villamil, M. M., Cañón-Crespo, A. F., &

Rubio-León, D. C. (2019). Discursos sobre la violencia obstétrica en la prensa de países latinoamericanos: cambios y continuidades en el campo de la atención. *Revista Facultad*

Nacional de Salud Pública, 37(2), 21. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n2a14>

- Pintado-Cucarella, S., Penagos-Corzo, J. C., Casas-Arellano, M. A., Pintado, D. S., Ex, C., Santa, H., Mártir, C., & Andrés Cholula, S. (2015). Correspondencia: Burnout syndrome in medical and obstetric perception of violence. In *Ginecol Obstet Mex* (Vol. 83). ARTÍCULO ORIGINAL. www.nietoeditores.com.mx
- Poo, A. M., Gallardo, M. J., Herrera-Contreras, Y., & Baeza, B. (2021). Representación de la violencia obstétrica que construyen profesionales matronas de la ciudad de Temuco. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 86(4). <https://doi.org/10.24875/RECHOG.M21000016>
- Pozzio, M. R. (2016). The Gynecology Obstetrics in México: Between “Humanized Childbirth” and Obstetric Violence. *Revista Estudios Feministas*, 24(1), 101–117. <https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
- REPÚBLICA DE COLOMBIA-GOBIERNO NACIONAL. (2022). *Ley 2244 de 2022: Parto digno y humanizado en Colombia*. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%202244%20DE%2011%20DE%20JULIO%20DE%202022.pdf>
- Rodríguez Mir, J., & Martínez Gandolfi, A. (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta sanitaria*, 35(3), 211–212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
- Sara Gómez, Natalia Caballero, & Laura C. Peralta. (2022, March 21). *Violencia obstétrica: el maltrato que ocurre de forma “invisible” en las salas de parto de Colombia*.
- Terán, P., Castellanos, C., González Blanco, M., & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*, 73(3), 171–180. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004

Vallana Sala, V. V. (2019). “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Revista ciencias de la salud*, 17, 128.

<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125>

Violencia obstétrica, ¿cómo identificarla y qué hacer si eres víctima? (2019, December 26).

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. <https://www.icbf.gov.co/ser-papas/que-es-la-violencia-obstetrica-y-que-hacer-si-eres-victima>

Yolanda Rangel-Flores, Y., & Guadalupe Martínez-Ledezma, A. (2017). Absence of perception of obstetric violence in indigenous women from the north center of Mexico. *Revista Conamed*,

22(4), 4. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con174c.pdf>