

Carlos Alberto López - Sosa¹

María Fernanda Morales – Carrasco²

¹Ginecólogo-Obstetra del Hospital Gineco-Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, Miembro de CODESER (Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos Ecuador). Quito, Ecuador. Cals260685@gmail.com ORCID 0000-0003-1697-6588

²Ginecóloga Tratante del Servicio de Patología Obstétrica del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, Miembro de CODESER (Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos Ecuador). Quito, Ecuador. ORCID 0000-0002-9956-3705

Centro donde se realizó el estudio: Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora” Quito- Ecuador

Financiamiento: El presente trabajo se declara autofinanciado por los autores

Conflicto de intereses: Los autores declaran la no existencia de conflictos de interés.

Consideraciones éticas: En el presente reporte de caso se contó con el consentimiento informado del paciente.

Correspondencia

Dra. María Fernanda Morales Carrasco. Email: mafer_moca@yahoo.es 0984849237.

Recibido : 16 - Marzo - 2021

Aceptado: 13 - Julio- 2021

Forma de citar este artículo:

López C, Morales M, Nivel de Conocimiento del Personal de Salud del Servicio de Patología Obstétrica sobre Violencia Obstétrica en el Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora” de Quito

Rev Med Reflexiones 2022; 18: 13-21 .

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA OBSTÉTRICA SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO “ISIDRO AYORA” DE QUITO

Artículo original

RESUMEN

Introducción: La violencia obstétrica es todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, durante la atención del embarazo, el parto o el aborto.

Objetivo: Determinar el conocimiento sobre violencia obstétrica del personal de salud del Servicio de Patología Obstétrica del Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora”.

Diseño: Estudio descriptivo-transversal, mediante encuesta a 63 personas que laboran en el Servicio de Patología Obstétrica; se utilizó el paquete estadístico SPSS, v22.0 para el análisis de los datos.

Resultados: El 60,7% de los encuestados refirieron conocer que existe un proyecto de ley en el Ecuador que protege a la mujer contra cualquier tipo de violencia durante el embarazo, parto y postparto, de estos el 64,9% desconoce la temática de la misma. De los ginecólogos el 62,5% conocen la existencia de la ley, pero de ellos solo el 20% conoce de que se trata. El 80,3% de los participantes define la violencia obstétrica, señalando como ejecutor a cualquier personal de salud (91,8%). El 73,8% del personal sanitario ha presenciado violencia obstétrica. En el trato deshumanizante el 67,2% escuchó comentarios irónicos o descalificadores, el 63,9% escuchó críticas por llorar o gritar y el 37,7% presenció imposibilidad para manifestar miedos e inquietudes. Conclusiones: El término violencia obstétrica es conocido por los encuestados, pero la Ley como tal es desconocida, por ende se debe difundir la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las mujeres y el proyecto de Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Postparto a todo el personal de salud.

Palabras Clave: Violencia Obstétrica, verbal, física, agresión psicológica.

knowledge of the health personnel of the obstetric pathology service on obstetric violence in the Gynaecological-Obstetric Hospital “Isidro Ayora” in Quito

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence is all abuse or psychological, physical or sexual aggression, during the care of pregnancy, childbirth or abortion.

Objective: To determine the knowledge about obstetric violence of the health personnel of the Obstetric Pathology Service of the “Isidro Ayora” Gynecology-Obstetric Hospital.

Design: Descriptive-cross-sectional study, by means of a survey of 63 people who work in the Obstetric Pathology Service; The statistical package SPSS, v22.0 was used for data analysis.

Results: 60.7% of the respondents reported knowing that there is a bill in Ecuador that protects women against any type of violence during pregnancy, childbirth and postpartum, of these 64.9% are unaware of the issue of the same. Of the gynecologists, 62.5% know the existence of the law, but of them only 20% know what it is. 80.3% of the participants define obstetric violence, indicating any health personnel (91.8%) as the perpetrator. 73.8% of health personnel have witnessed obstetric violence. In the dehumanizing treatment, 67.2% heard ironic or disqualifying comments, 63.9% heard criticism for crying or screaming and 37.7% witnessed the inability to express fears and concerns. Conclusions: The term obstetric violence is known by those surveyed, but the Law as such is unknown, therefore the Comprehensive Organic Law to Prevent and Eradicate Violence against Women and the Organic Law for Humanized Pregnancy Care should be disseminated, Delivery and Postpartum to all health personnel.

Key Words: Obstetric, verbal, physical violence, psychological aggression.

INTRODUCCIÓN:

Garantizar el acceso universal a una salud sexual y reproductiva segura, aceptable y de buena calidad, especialmente el acceso a los anticonceptivos y a la atención de la salud materna, puede reducir drásticamente los índices globales de morbi-mortalidad de las mujeres. En las últimas décadas, han mejorado los índices de parto en centros de salud, dado que, con mayor frecuencia, se incentiva a las mujeres a concurrir a estos para la asistencia del parto mediante estrategias de generación de la demanda, movilización de la comunidad, educación o acciones políticas. Sin embargo, un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto, plantean un panorama alarmante.¹

La violencia contra la mujer constituye un problema de Estado, puesto que es una de las transgresiones más frecuentes de los derechos humanos, y se constituye en un problema de salud pública que genera altos costos tanto económicos como sociales. La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1992) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Para, 1994) dan un marco legal para que los países legislen sobre la materia.^{2,3}

Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o denigrante durante el parto en centros de salud⁴. Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios. Es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo.⁵

En Europa el tema es discutido por las organizaciones de los derechos humanos y los movimientos sociales, con el fin de luchar por un parto más humano y respetuoso, sin embargo ningún país ha aprobado una legislación al respecto todavía⁶. A pesar de la reciente implementación de Observatorios sobre violencia obstétrica en algunos países (Italia, España, Francia), el debate público y político sobre el tema es aún débil. En muchos hospitales europeos, se ha introducido en las últimas décadas un modelo más humanizado de nacimiento, que incluye habitaciones hogareñas, posición libre durante el parto, etc.

Roberto Castro⁷ identifica en México que el mayor número de quejas por mala práctica médica que reporta la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en los años de 2000 al 2012 corresponden al área de gineco-obstetricia (2,877 quejas concluidas), y manifiestan que esto no se trata simplemente de problemas de "calidad de la atención" sino de violaciones de derechos básicos de las mujeres en el marco de los servicios de salud.

Ante la ausencia de un consenso internacional sobre cómo definir y medir científicamente el maltrato, desconocer su prevalencia e impacto en la salud, el bienestar y elecciones de las mujeres, en América Latina, en la década pasada, se introduce un nuevo término legal para proteger a las mujeres durante el parto: "violencia obstétrica", y se la define como actos en el contexto del parto y del nacimiento categorizados como violencia física o psicológica, debido al uso injustificado de intervenciones médicas, al trato deshumanizador y al abuso de patologización de los procesos naturales. En algunos países se establecen leyes específicas contra la violencia obstétrica: Venezuela en 2007, Argentina en 2009 y México en 2014, en estos se considera la violencia obstétrica un tipo de violencia basada en el género y una violación de los derechos humanos relacionados con la salud reproductiva. En otros países como Brasil, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay, Colombia y Costa Rica el tema también está en discusión⁸.

En Ecuador en el año 2016, se establece el primer debate del proyecto de Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Postparto. El proyecto define a la violencia obstétrica como la falta de respeto a la autonomía de las pacientes y a su derecho a la información, expresada en conductas tales como omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de las técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, practicar la cesárea; aun cuando existan condiciones para el parto natural⁹. En el país no se dispone de estadísticas sobre violencia obstétrica, por lo tanto es adecuado, oportuno y factible determinar el nivel de conocimiento en el personal de salud que trabaja en una institución de atención directa a las mujeres, con el objetivo de mejorar la atención del binomio madre-hijo, la relación médico-paciente y con esto disminuir este tipo de violencia de género, además abre la puerta para que el personal sanitario docente trabaje en la formación de habilidades técnicas de sus alumnos para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del embarazo, parto y puerperio a través del empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos de nuestras pacientes.

DEFINICIÓN:

Se llama violencia obstétrica a todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, que sucede durante la atención del embarazo, el parto o el aborto. La violencia obstétrica se ha definido como "el conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva", que incluye "la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud" y se expresa en "un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres¹⁰.

La violencia obstétrica como producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud, es un tipo de violación a los derechos sexuales y reproductivos hasta ahora muy poco problematizado e invisibilizados ¹¹.

Prácticas de atención en salud consideradas violentas:

Las prácticas médicas de rutina (como episiotomías, aceleración o inducción del parto, maniobras, tactos vaginales múltiples, posición litótomica obligatoria, imposibilidad de moverse y de comer durante el trabajo de parto, rotura artificial de membranas) producen la pérdida de la autonomía y la capacidad de las mujeres para decidir sobre sus propios cuerpos y derechos sexuales, haciendo de los procesos de atención del parto seguros para el personal pero no para las mujeres ¹².

Este conjunto de prácticas médicas realizadas en exceso en referencia a lo establecido en las Guías de práctica clínica para la atención de la mujer embarazada emitidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como: episiotomías, alterar el proceso natural del parto mediante la administración de oxitocina, la rasura del vello del pubis, la aplicación de enemas, tactos vaginales, obligar a las pacientes a parir en posición supina cuando se cuenta con los elementos necesarios para el parto vertical sin su consentimiento libre e informado, obstaculizar el apego precoz cuando no existe una causa médica justificada, practicar cesáreas sin la existencia de condiciones médicas justificadas y no atender de forma oportuna las emergencias obstétricas, intimidan, degradan y oprimen a las mujeres durante la atención reproductiva ².

Sobre el dolor durante el parto, se entiende que se trata de una experiencia sensorial subjetiva y el nivel varía de acuerdo a la singularidad de cada persona. Durante el parto, el dolor que se siente por las mujeres es predecible. Sin embargo, dado que cada mujer la vivencia de maneras diferentes, los profesionales deben respetar la individualidad de cada mujer en el trabajo, romper con la idea de que el parto es sinónimo de dolor y sufrimiento puede ser tal vez el primero paso para entender el dolor de ese momento de otra forma y con la sensibilidad que el momento requiere. Jardim y colaboradores¹³ en su publicación recopilatoria de estudios sobre violencia obstétrica ejemplifica cada tipo de violencia:

Violencia verbal

Frases groseras, con falta de respeto, vejatoria, coercitivas, discriminatorias, de cuño moralista, comentarios críticos, irónicos y negativos, que exponen a las mujeres al constreñimiento, inferiorización y humillación. La presencia de jerga del tipo: "¿Por qué está llorando? ¡A la hora de hacer, no llora!"; "Si no hace fuerza, su bebé va a sufrir".

Violencia física

Realización de toques vaginales repetitivos y agresivos, uso rutinario de episiotomía; realización de cesáreas innecesarias; falta de manejo adecuado de dolor (sea antes, durante y después del parto); realización de procedimientos sin la analgesia adecuada (legrado, retiro manual de la placenta, sutura, parto, cesárea); contención física de piernas y brazos durante el parto normal o cesárea; maniobra de Kristeller.

Violencia psicológica

Amenazas, gritos, discurso autoritario y hostil, intimidaciones frente al comportamiento de las pacientes. Atribución de culpa a la mujer en situaciones como: sufrimiento fetal (o estado fetal no tranquilizador); dificultad de realizar pujos en el período expulsivo.

Violencia sexual

Realización de tacto vaginal sin guantes, tacto en el cuerpo y tacto rectal en la mujer sin su consentimiento.

Discriminación social

Falta de respeto, estigma, prejuicio o tratamiento diferencial a la mujer frente a su color, raza/etnia, condición social, económica, conyugal, opción sexual, religión, educación.

Negligencia en la asistencia

Asistencia indiferente, abandono, rehusó a promover cuidados a las mujeres consideradas "quejasas", "escandalosas", "descompensadas", "poco colaborativas", "cuestionadoras". Postergar la asistencia a mujeres en situación de aborto.

Uso inadecuado de procedimientos y tecnologías

Procedimientos iatrogénicos, uso abusivo de oxitocina, inmovilidad en la cama durante el trabajo de parto, realización rutinaria de amniotomía, monitoreo fetal continuo de rutina, ayuno prolongado sin indicación, manejo inadecuado del dolor sin justificativas, no realización de contacto piel a piel y camlaje precoz del cordón umbilical ¹³.

Violencia obstétrica en el Ecuador

En el Ecuador no se cuenta con datos estadísticos sobre Violencia Obstétrica, muchas mujeres la habían vivido, pero muy pocas han podido identificarla como una forma de violencia ejercida sobre ellas y sus hijos/as. Más difícil todavía es encontrar mujeres que supieran dar un nombre a aquella experiencia tan dolorosa y alienante que han vivido. Los profesionales tampoco son capaces de identificar sus prácticas, aprendidas desde la universidad, como violentas. Hay colectivos desde 2012 como "El parto es nuestro", que ha intentado visibilizar esta problemática en las mujeres, sus parejas, las organizaciones sociales, los políticos, los periodistas, los profesionales e incluso los estudiantes, dando a conocer los derechos de embarazadas, madres y recién nacidos, y reconocer las prácticas de violencia obstétrica ¹⁴.

En la Asamblea Nacional del Ecuador se habla por primera vez de la violencia a la mujer durante el parto en el Consejo de Administración Legislativa (CAL) el 29 de julio de 2011, mediante el cual se califica el "Proyecto de Ley de Práctica Intercultural para el Parto Acompañado en el Sistema Nacional de Salud", presentado por la Asambleísta Lourdes Tibán, llegando a segundo debate el 20 de julio de 2012.

En agosto de 2016 William Garzón envía a primer debate el Proyecto de Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Posparto, mismo que está compuesto por diecinueve artículos y tiene como objetivo regular los mecanismos y prestaciones de atención sanitaria esencial e integral para la atención de los procesos de embarazo, parto, posparto, y los nacimientos por

cesárea, garantizando la humanización de la atención en el parto, el respeto a su dignidad, intimidad y cultura; la práctica ancestral en salud, mediante la promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos; y, el acompañamiento por parte de las personas que la mujer elija para el proceso de parto. El artículo 15 es el que define a la Violencia Obstétrica, considerándola como toda acción u omisión que se exprese en maltrato, abuso de medicalización y/o acciones que consideren a los procesos naturales de embarazo, parto y puerperio como una patología, manifestada en las siguientes conductas: 1.-Inobservancia a los criterios de los documentos normativos de atención materna vigentes, emitidos por la Autoridad Sanitaria. 2.- Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; 3.- Omitir el consentimiento informado, voluntario y expreso de la mujer o de quienes la representen, cuando aquella esté impedida de manifestarlo; 4.- Obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, y el contacto piel con piel, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer. 5.- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas y prácticas innecesarias. 6.- Practicar la cesárea; cuando existan condiciones para el parto vaginal, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer o en caso contrario, limitar el derecho de la mujer a que se le practique una cesárea cuando el parto vaginal sea imposible o complicado, poniendo en riesgo tanto la salud de la madre como del bebé.

La finalidad de este proyecto de Ley es procurar que el parto sea una experiencia digna, precautelando la privacidad física y emocional, en un ambiente íntimo, tranquilo y familiar; garantizar la atención integral de las mujeres durante los procesos de embarazo, parto y postparto; disminuir los riesgos de afectación de la salud materno-infantil, derivados de procesos de parto por cesárea innecesarios; reconocer el derecho de la mujer a elegir las personas que la acompañen durante los procesos de embarazo, parto y post parto y facilitar el acceso a la información sobre las diversas opciones de parto, cuidado del recién nacido; y, los beneficios de la lactancia materna.⁹

MÉTODOS:

Este fue un estudio descriptivo transversal realizado mediante la aplicación de una encuesta al personal de salud que labora en el Servicio de Patología Obstétrica del Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" de Quito, este es un hospital de especialidad, de referencia nacional, docente, que da atención a la madre embarazada. El Servicio de Patología Obstétrica trabaja en la capacitación del personal médico estudiantil de las diferentes universidades con las que el hospital mantiene convenios firmados; por esta interacción integral médico-paciente en hospitalización, labor de parto, parto y puerperio, se escoge a su personal para la aplicación de la encuesta. Este servicio está integrado por 63 miembros (10 Ginecólogos-Obstetras, 1 Médico Internista, 21 Enfermeras, 24 Auxiliares de enfermería, 4 Auxiliares administrativos, 2 Trabajadores sociales y 1 Psicóloga Clínica), como criterio de inclusión deben trabajar por al menos 1 año dentro de la institución. Para el análisis estadístico se utilizó medidas de frecuencias absolutas y relativas, los datos se presentaron en cuadros de distribución de frecuencias de acuerdo al caso.

Los datos obtenidos fueron procesados mediante utilización del paquete estadístico SPSS, versión 22.0 de IBM®. Acorde a los principios éticos del Informe Belmont, en este estudio se salvaguardó

el respeto a las personas, los principios de beneficencia y justicia, se utilizó el consentimiento informado del participante, mediante el cual se garantizó que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de formar parte de la investigación y su anonimato.

RESULTADOS:

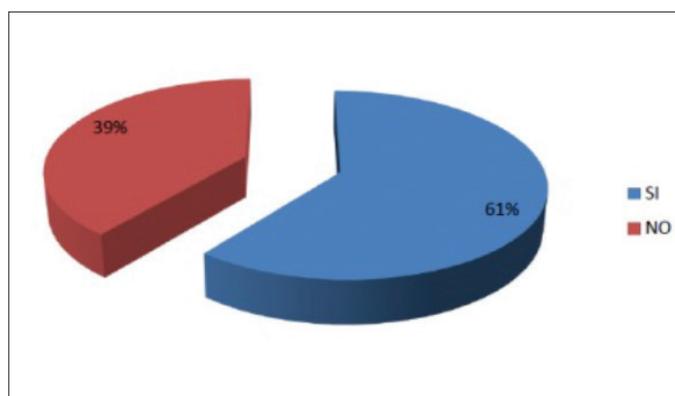
Los datos demográficos de los participantes se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de los Resultados de los Participantes del estudio sobre Nivel de Conocimiento del Personal de Salud del Servicio de Patología Obstétrica sobre Violencia Obstétrica en el Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" de Quito.

VARIABLES	RESULTADOS					
	Edad	Promedio		Mínima		Máxima
Promedio	44.25 años		23 años		61 años	
Género	Femenino			Masculino		
	88.5%			11.5%		
Nivel de Instrucción	Postgrado		Superior		Secundaria	
	19.7%		55.7%		24.6%	
Profesión	Auxiliares de Enfermería	Licenciadas en Enfermería	Ginecólogos Obstetras	Auxiliares Administrativos	Trabajadores Sociales	Médico Internista y Psicólogo
	39.3%	34.4%	13.1%	6.6%	3.3%	1.6%
Tiempo de Trabajo	Entre 10 y 15 años	Entre 5 a 10 años	Entre 1 a 5 años	Entre 15 a 20 años	Más de 20 años	
	29.5%	21.3%	18%	16.4%	14.8%	

De todos los participantes encuestados el 61% refirieron tener el conocimiento de existencia de una Ley o proyecto de ley en el Ecuador que protege a la mujer contra cualquier tipo de violencia durante el embarazo, parto y postparto, mientras que el 39% no lo tiene (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución de conocimiento sobre la existencia de una ley o proyecto de ley en el Ecuador que proteja a la mujer en contra de cualquier tipo de violencia durante el embarazo, parto o postparto en los participantes del estudio sobre nivel de conocimiento del personal de salud del Servicio de Patología Obstétrica sobre violencia obstétrica en el Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" de Quito.



También se intentó determinar si existía alguna relación entre este conocimiento con el género de los participantes y el nivel de instrucción encontrando unos valores de $p > 0,05$ lo cual resultó no ser estadísticamente significativo.

Otro resultado importantes es que de todos los ginecólogos obstetras el 62,5% conocían la existencia de la ley pero de ellos solo el 20% sabía la temática de la misma.

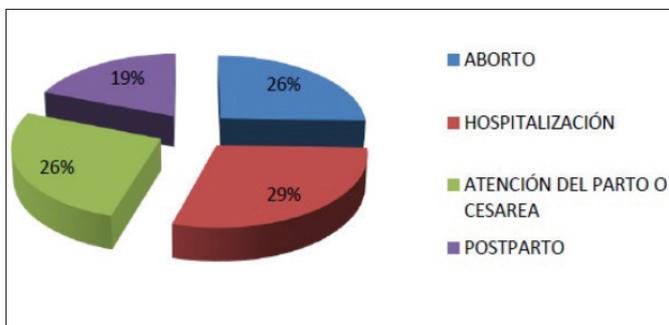
De los participantes que refirieron tener conocimiento de existencia de una Ley o proyecto de ley en el Ecuador que proteja a la mujer contra cualquier tipo de violencia durante el embarazo, parto y postparto el 64,9% desconocía la temática propia de la ley mientras que el 35,1% si la conocía. Tratando de determinar una relación entre el nivel de instrucción y la profesión de los participantes con el conocimiento o desconocimiento de la temática de la ley se encontró una $p > 0,05$ que resulta como no estadísticamente significativa.

En lo referente a conocimiento de la definición de violencia obstétrica el 80,3% contestó que sí lo conoce y el 19,7% que no lo conoce; y de las definiciones propuestas en la encuesta el 82% cree que engloba a todas.

Al obtener resultados sobre quien puede ejercer violencia obstétrica el 91,8% responde que cualquier personal de salud mientras que el 8,2% cree que el médico es el que ejerce esta violencia.

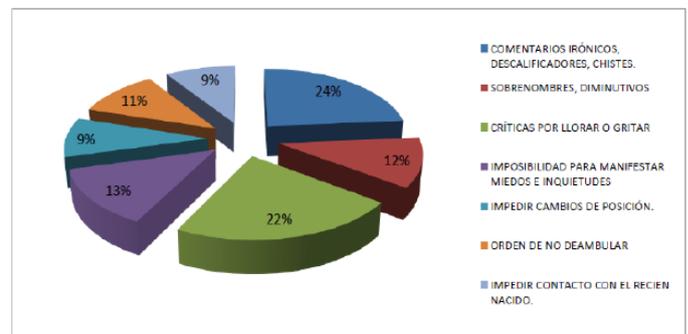
Al ser consultados sobre el hecho de presenciar violencia obstétrica el total de los participantes en el estudio respondieron que si lo habían hecho en un 73,8% y que no lo habían hecho en 26,2%; y de aquellos que respondieron afirmativamente el 62,2% lo presencio durante un aborto (26%), el 71,1% durante la hospitalización (29%), el 64,4% durante el parto o la cesárea (26%) y el 46,7% durante el postparto (19%) (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución sobre momento de presenciar violencia obstétrica en los participantes del estudio sobre el nivel de conocimiento del personal de salud del Servicio de Patología Obstétrica sobre Violencia Obstétrica en el Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" de Quito.



Con respecto al tipo de trato deshumanizante que ha presenciado los participantes en el estudio respondieron que escucharon comentarios irónicos, descalificadores o chistes en un 67,2%, sobrenombres y diminutivos en un 32,8%, críticas por llorar o gritar en un 63,9%, imposibilidad para manifestar miedos e inquietudes en un 37,7%, impedir cambios de posición en un 26,2%, orden de no deambular en un 31,1% e impedir contacto con el recién nacido en un 26,2% (Gráfico 3).

Gráfico 3. Distribución del Tipo de Trato Deshumanizante al Presenciar Violencia Obstétrica en los Participantes del estudio sobre Nivel de Conocimiento del Personal de Salud del Servicio de Patología Obstétrica sobre Violencia Obstétrica en el Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" de Quito.



Sobre la creencia de que la violencia se ejerce mucho más estando solos o acompañados los participantes respondieron que se ejerce mucho más estando solos en un 34,4%, en acompañamiento un 18% y que no tiene ninguna relación en un 47,5%.

Sobre la creencia de que la violencia se ejerce mucho más estando solos o acompañados los participantes respondieron que se ejerce mucho más estando solos en un 34,4%, en acompañamiento un 18% y que no tiene ninguna relación en un 47,5%.

Al hablar de la infraestructura hospitalaria como un factor de riesgo asociado a violencia obstétrica se obtuvieron los siguientes resultados, respondiendo que si en un 52,5% y no en un 47,5%.

En lo referente a la solicitud de consentimiento informado en la casa de salud para realizar procedimientos los participantes respondieron que si se en un 96,7%, que no en un 1,6% y que desconocen en un 1,6%.

Un 96,7% de los participantes conocían que se solicita el consentimiento informado a las pacientes para realizar procedimientos obstétricos, un 1,6% no sabía que se solicitan estos consentimientos y un 1,6% desconocían la existencia de consentimientos informados.

Finalmente con respecto a la realización del apego del recién nacido la mayoría de los participantes respondió que a veces se realiza este procedimiento con un 45,9% (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la Práctica de Apego Precoz del Recién Nacido en la Institución en los Participantes del estudio sobre Nivel de Conocimiento del Personal de Salud del Servicio de Patología Obstétrica sobre Violencia Obstétrica en el Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" de Quito.

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	24	39,3
A veces	28	45,9
Casi nunca	4	6,6
Nunca	4	6,6
Desconoce	1	1,6
Total	61	100

DISCUSIÓN:

En el medio ecuatoriano existe poco conocimiento sobre el tema de violencia obstétrica, por lo tanto muchas de las prácticas que realizan los profesionales de la salud el momento de atender a una paciente embarazada las consideran como normal, pero esto no los hace exentos de conocer las leyes que rigen estas malas prácticas. En la presente investigación se encontró que el 60,7% de los participantes conocía que existía una ley o proyecto de ley sobre violencia en embarazadas, de los cuales el 35,1% conocía la temática, lo cual comparando con el estudio realizado por Faneite y cols. 17, permite señalar que existe inclusive menos conocimiento en la población ecuatoriana que en países vecinos como Venezuela, ya que sus resultados corresponden a 87% y 45,5% respectivamente. El estudio de Faneite estuvo compuesto por el 31,6 % de médicos obstetras y 23% por enfermeras, de acuerdo al tiempo de trabajo el 50,2% se desempeñaron de 0-5 años y el 49,8% de 6 a 10 años, en comparación con nuestro estudio que estuvo conformado en su mayoría por personal auxiliar de enfermería (39,3%), seguidos de enfermeras (34,4%) y médicos gineco-obstetras (13,1%); en relación al tiempo de trabajo el 82% labora de 5 a más de 20 años y el 18% entre 1 y 5 años, por lo tanto se puede analizar que ni el tiempo de trabajo, ni la profesión tienen correlación con el conocimiento o desconocimiento de la ley de violencia obstétrica en los dos países. Otro resultado que llama la atención es el desconocimiento de la temática sobre la ley de violencia contra la mujer embarazada en este medio, que corresponde al 80% de los profesionales ginecólogos obstetras que son los que realizan directamente la atención de la mujer en estado de gestación, situación que no coincide con estudios anteriores que indiquen esta realidad directamente, por lo que este dato es de suma importancia a nivel nacional, ya que el centro donde se realizó la encuesta es de referencia para todo el Ecuador con respecto a patologías durante el embarazo.

Además, no se lo encontró diferencia significativa con respecto a este tema en particular relacionado con el género de los participantes y el nivel de instrucción. En la investigación de Faneite se encontraron resultados similares al cuestionar quien ejerce la violencia obstétrica (82,4% cualquier personal y 17,6% por el médico obstetra versus 91,8% cualquier personal y 8,2% por el gineco-obstetra en nuestra investigación), no encontrando

diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a presenciarse actos de violencia obstétrica el 73,8% lo hizo y el 26,2% no, similar a los hallazgos en Venezuela en donde el 63,6% ha presenciado maltrato y el 36,4% no lo ha presenciado, por ende el maltrato es una problemática similar en la región.¹⁷

En cuanto a la presencia de maltrato los encuestados que afirmaron evidenciarlo el 62,2% lo presenció durante un aborto, el 71,1% durante la hospitalización, el 64,4% durante el parto o la cesárea y el 46,7% durante el postparto, no hay investigaciones similares en donde los profesionales sanitarios respondan a estas inquietudes, sin embargo hay estudios en pacientes en donde se encuentran estos cuestionamientos.

Pereira¹⁸, por ejemplo en Venezuela encuentra que de las mujeres sometidas a asistencia de aborto, parto normal o cesárea, el 26,3% habían sufrido algún tipo de maltrato, como actitud de falta de respeto, agresión verbal o física por profesionales de la salud, siendo los agresores médicos en un 66,7% de los casos y anestelistas en un 33,3%, Lukasse¹⁹ en Europa observa que una de cada cinco gestantes atendidas en el control prenatal relataban algún tipo de abuso (20,7%), entre las nulíparas, el abuso en la asistencia médica fue asociado al miedo en relación al parto y en las múltiparas fueron encontrados resultados en la categoría sufrimiento severo a partir de abusos en el cuidado en salud con una significativa asociación con el miedo en relación al parto y el deseo de parto por cesárea.

Con respecto al tipo de trato deshumanizante que han presenciado los participantes en el estudio respondieron que escucharon comentarios irónicos, descalificadores o chistes en un 67,2%, críticas por llorar o gritar en un 63,9%, imposibilidad para manifestar miedos e inquietudes en un 37,7%, sobrenombres y diminutivos en un 32,8%, orden de no deambular en un 31,1%, impedir cambios de posición en un 26,2%, e impedir contacto con el recién nacido en un 26,2%, en lo referente a la solicitud de consentimiento informado en la casa de salud para realizar procedimientos los participantes respondieron que si en un 96,7%, que no en un 1,6% y que desconocen en un 1,6%, en cuanto a la realización del apego la mayoría de los participantes respondió que a veces se realiza este procedimiento con un 45,9%; no hay resultados similares en otros estudios realizados en profesionales, sobre el mismo tema.

En Brasil Rodrigues y cols.²⁰, encontraron en las pacientes estudiadas que el 63,1% no tuvieron presencia de un profesional que proporcione comodidad física y emocional, el 37,2% no recibieron aclaración sobre los procedimientos, el 67,9% sintieron miedo, el 28,3% recibieron órdenes para parar de gritar, 24,6% fueron apodadas; Andrade y cols.²¹ concluyeron que el 86,5% de las mujeres investigadas sufrieron algún tipo de violencia obstétrica y Biscegli²² encontró dentro de las formas de maltrato: conducta de falta de respeto y reprensión 2,3%; falla en el esclarecimiento de dudas 16,3%, prohibición del acompañante 9,3%, procedimientos sin esclarecimiento o autorización 27,3% (de los cuales 25,5% se refiere a episiotomía, amniotomía, enema, tricotomía, ayuno, oxitocina, tactos vaginales repetidos, maniobra Kristeller y cesárea sin justificación).

En Venezuela Terán y cols.²³ concluyó, que el 49,4% de las puerperas estudiadas manifestaron haber sufrido algún tipo de trato deshumano en su atención por profesionales de la salud, 66,8% afirmaron haber sufrido actos médicos sin consentimiento y 36,7% recibieron ambos tipos de violencia. Se resalta en el trato

deshumano 23,8% que fueron impedidas de tener contacto con sus recién nacidos, 21,6% recibieron críticas por lamentar o llorar durante el trabajo de parto y 19,5% sintieron imposibilitadas de expresar sus miedos o inquietudes; en relación a los procedimientos realizados sin consentimiento 24,9% estuvieron obligatoriamente en decúbito dorsal, 31,3% usaron oxitócicos, 37,2% fueron sometidas a tactos vaginales repetitivos; Camacaro y cols.,²⁴ encontraron en las pacientes estudiadas que al 80% le administraron oxitócicos de rutina (siendo 83,3% de los casos sin la autorización de la mujer), 75% fueron sometidas a episiotomía de rutina, 86,7% realizaron la auto estimulación de las mamilas por indicación para aumentar la contracción uterina y 97,7% pasaron por la revisión de la cavidad uterina sin indicación.

En el Ecuador Borja² encontró que los epítetos más utilizados fueron "mamita", "corazoncito" y "mami", pero las pacientes informaron que no les gusta ser llamadas así e indicaron que confiarían más en el profesional si este conociera su nombre, además seis de diez mujeres indicaron que no se les permitió hacer apego precoz y a este mismo grupo de mujeres no se les dio ningún tipo de explicación y no se les solicitó consentimiento para ser atendidas por el profesional en formación, por lo tanto se puede ver que tanto las pacientes como los profesionales coinciden en la percepción de tratos deshumanizantes, y entre los dos hay un eje que es la explicación detallada de un consentimiento informado para que no existan malos entendidos en las prácticas obstétricas de rutina, por tal motivo el conocimiento y uso del consentimiento informado para procedimientos donde al comparar con otras realidades se aplica en nuestro medio en un 96,7% versus 87%, haciendo de esto una buena práctica para nuestros profesionales. Jardim y Moderna¹³ en su investigación encuentran dentro de la contextualización de este fenómeno que las cuestiones organizacionales generan actos violentos como escasez de recursos y condiciones inadecuadas de trabajo, en nuestra investigación la infraestructura hospitalaria según los profesionales no es un factor determinante de violencia obstétrica.

CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos la propuesta es capacitar al personal sanitario del Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" sobre Violencia Obstétrica y el proyecto de Ley que la regula, dar a conocer la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las mujeres, incentivar el uso permanente de los consentimientos informados no como un mero procedimiento de firmas, si no como el puntal de la relación médico-paciente que permite el entendimiento claro de las maniobras y procedimientos obstétricos que se van a realizar en la atención del aborto, parto y postparto. Enseñar que la visibilización de la Violencia Obstétrica mejora la atención del binomio madre-hijo, disminuyendo este tipo de violencia de género. Al ser una institución docente, el personal sanitario que ejerce esas funciones debe replicar a sus alumnos, colaborando en la formación de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del embarazo, parto y puerperio a través del empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes. Difundir el proyecto de Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Postparto y la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las mujeres a todo el personal de salud.

REFERENCIAS

- World Health Organization. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud Declaración de la OMS. Declar la OMS. 2014;1-4.
- Borja CB. Violencia obstétrica: percepciones de las prácticas de atención de salud [Internet]. Quito, Ecuador: Universidad San Francisco de Quito USFQ; 2017. Disponible en: <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6592/1/131233.pdf>
- Pérez D'gregorio R. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *Int J Gynecol Obstet.* 2010;111(3):201-2.
- Silal SP, Penn-Kekana L, Harris B, Birch S, McIntyre D. Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. *BMC Health Serv Res.* 2012;12(1).
- Hill K, Bowser D. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth [Internet]. Vol. 2, Usaid. United States: Harvard School of Public Health University Research Co., LLC; 2010. 1-57 p. Disponible en: <https://www.harppnet.org/wp-content/uploads/2018/02/10.-Exploring-Evidence-for-Disrespect-and-Abuse-Landscape-Analysis.pdf>
- Quattrocchi P. Violencia Obstétrica. Aportes Desde América Latina. *Género & Direito.* 2018;7(1):20-46.
- Castro R, Erviti J. 25 years of research on obstetric violence in Mexico. *Rev CONAMED.* 2014;19(1):37-42.
- Arguedas Ramírez G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuad Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe.* 2014;11(1):145.
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. Informe primer debate del proyecto de Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Postparto [Internet]. San Francisco de Quito; 2016. Disponible en: https://2013-2017.observatoriolegislativo.ec/media/archivos_leyes/Informe_Primer_Debate_Tr_259443_mUculwU.pdf
- Women Help Women. Violencia obstétrica y aborto [Internet]. WHW; 2017. Disponible en: http://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/997/autodefensa_de_violencia_obstetrica_%281%29.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Galimberti D. Violencia Obstétrica [Internet]. Bogotá, D.C., Colombia: Comité de Violencia de Género; 2015. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia_obstetrica.pdf
- Camacaro M, Ramírez M, Lanza L, Herrera M. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Prax Latinoam [Internet].* 2015;20(68):113-20. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/279/27937090009.pdf>
- Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018;26(e 3069):1-12.
- Asociación El Parto es Nuestro. Maltrato y violencia contra la mujer durante la atención de la salud reproductiva con enfoque en el parto [Internet]. 2021. Disponible en: www.elpartoesnuestro.es
- Asamblea Nacional República del Ecuador. Ley Orgánica Integral Para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. *Regist Of Supl 175 05-feb-2018.* 2018;Vigente:38.
- Asamblea Nacional del Ecuador. Código Orgánico Integral Penal [Internet]. Registro Oficial - Órgano del Gobierno del Ecuador Ecuador; 2014 p. 144. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared_Documents/EQU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18950_S.pdf
- Faneite J, Feo A, Merlo JT. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2012;72(1):4-12.
- Pereira CJ, Domínguez AL, Merlo JT. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2015;75(2):81-90.

REFERENCIAS

19. Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(5):508-17.
20. Rodrigues FA, Gama Lira SV, Magalhães PH, Freitas AL e. V, Silva Mitros VM da, Almeida PC. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. *Reprod e Clim [Internet]*. 2017;32(2):78-84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2016.12.001>
21. Andrade P de ON, da Silva JQP, Diniz CMM, Caminha M de FC. Factores asociados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2016;16(1):29-37.
22. Biscegli TS, Grio JM, Melles LC, Mastrangi SR, Gonsaga RAT. Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do Estado de São Paulo. *Cuid Arte*. 2015;9(1):18-25.
23. Terán P, Castellanos C, González M, Ramos D. Violencia obstétrica: vista de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]*. 2013;73(3):171-80. Disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/og/v73n3/art04.pdf>
24. Camacaro M, Ramirez M, Lanza L, Herrera M. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Prax Latinoam*. 2015;20(68):113-20.