



**VIOLENCIA OBSTÉTRICA POR PARTE DEL
PERSONAL DE SALUD REVISION SISTEMATICA
2000 - 2016**

**OBSTETRIC VIOLENCE BY HEALTH PERSONNEL REVISION
SYSTEMS 2000 – 2016**

Jaime Alejandro González Zabaleta. MD

Guillermo Augusto Suarez Caro. ENF

Directora

Rocío Robledo Martínez.

OD., M. Sc., Ph.D. (C).

Revisión presentada como Requisito para Optar el Título de
Especialista en Administración En Salud Pública

Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá

Facultad de Medicina

2017

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

1. VIOLENCIA OBSTÉTRICA

1.1 RESPONSABILIDAD DE LA ATENCIÓN EN GINECOBSTERICIA

1.2 MODELO INDUSTRIALIZADO DEL NACIMIENTO

1.3 VIOLENCIA OBSTETRICA Y MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

2. VIOLENCIA OBSTETRICA EN EL MUNDO Y COLOMBIA

2.1 VIOLENCIA OBSTETRICA CASO COLOMBIA

2.2 ATENCIÓN PARTO SEGURO COLOMBIA

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

3.2 FUENTES DE INFORMACION Y DESCRIPTORES

3.3 CATEGORIAS DE ABORDAJE

3.4 ANALISIS Y SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION

4. RESULTADOS

5. DISCUSIÓN

6. CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

RESUMEN

Objetivos: Realizar una revisión temática relacionada sobre violencia obstétrica, tomando como periodo de búsqueda del 2000 hasta el 2016.

Metodología: Las bases de datos consultadas fueron PubMed/MEDLINE, SCOPUS, ISI Web of Knowledge, CRD, IME, e IBECs. Los descriptores utilizados fueron violencia obstétrica, violencia y parto, parto humanizado, violencia de género, violencia obstétrica y Colombia. Las categorías de abordaje corresponden a dos grandes tipologías de violencia obstétrica, trato deshumanizante y actos médicos sin consentimiento, las cuales a su vez sirvieron de parámetros para sistematizar y analizar la información.

Resultados: La violencia obstétrica se encuentra reportada ampliamente en la información recolectada, según las categorías de estudio. Se hace visible en la revisión que esta violencia ocurre durante etapas de embarazo parto y puerperio e incurrida por médicos y personal de enfermería. La literatura reporta que esta se manifiesta a través de malos tratos, humillaciones, no proporcionando información sobre los tratamientos y que tiene como consecuencia la pérdida de libertad, autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad. Como categoría emergente se encontró que muchas de estas experiencias pueden resultar traumáticas y van más allá de las mujeres embarazadas, ya que los malos tratos también pueden ser dirigidos a sus familiares

Conclusiones: la literatura muestra que en todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el embarazo, parto y puerperio, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación.

Palabras clave: Parto obstétrico, Complicaciones del Trabajo de Parto, Violencia contra la Mujer

Key Words: Violence Against Women, Delivery, Obstetric, Obstetric Labor Complications

ABSTRACT

Objectives: To carry out a thematic review related to obstetric violence, taking as a search period from 2000 to 2016.

Methodology: The databases consulted were PubMed / MEDLINE, SCOPUS, ISI Web of Knowledge, CRD, IME, and IBECs. The descriptors used were obstetric violence, violence and childbirth, humanized childbirth, gender violence, obstetric violence and Colombia. The categories of approach correspond to two major types of obstetric violence, dehumanizing treatment and medical acts without consent, which in turn served as parameters for systematizing and analyzing information.

Results: Obstetric violence is widely reported in the information collected, according to the categories of study. It becomes visible in the review that this violence occurs during pregnancy and childbirth and is incurred by doctors and nurses. Literature reports that this is manifested through ill-treatment, humiliation, not providing information on treatments and resulting in loss of freedom, autonomy and ability to freely decide on their bodies and sexuality. As an emerging category it was found that many of these experiences can be traumatic and go beyond pregnant women, since ill-treatment can also be directed to their relatives

Conclusions: The literature shows that many women throughout the world suffer from disrespectful and offensive treatment during pregnancy, childbirth and the puerperium, which not only violates women's rights to respectful care, but also threatens their rights to Life, health, physical integrity and non-discrimination.

Keywords: Obstetric labor, Complications of labor, Violence against women

Traductor de Google para empresas: Google Translator Toolkit

INTRODUCCIÓN

Para la presente revisión sistemática sobre violencia obstétrica tenemos en cuenta que la reproducción de la especie es uno de los factores primarios en la naturaleza y es esencial la supervivencia de todas las formas superiores de vida. En la antigüedad era evidente que el papel de la mujer como creadora de vida era muy admirado por sus pares masculinos. Inclusive, las primeras tribus se organizaban en matriarcados alrededor de una madre o abuela quien además de organizar su comunidad, también solía ser quien atendía los partos de las mujeres. (DICK-READ, 1961)

Pero a través del tiempo la atención del parto ha cambiado, transformando prácticas, saberes y actores, introduciendo el parto como un proceso potencialmente patológico que debe ser supervisado por la medicina convirtiéndolo en un proceso medicalizado, entendido como la conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre completamente normales y el pretender resolver mediante la medicina situaciones que no son médicas sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales (Orueta Sánchez, 2011).

Sin embargo la conexión existente entre el capitalismo y el modelo biomédico de asistencia sanitaria desarrollada en los trabajos de Menéndez, Martín, Tabet y Narotzky , sostienen que el parto en instituciones hospitalarias está regulado por estándares industriales de productividad, en los que los cuerpos de las mujeres son tratados como obreros que deben ser controlados y disciplinados; existe una estricta división del trabajo y el tiempo es estrechamente regulado para producir el resultado esperado: un/a bebé saludable. (Arguedas Ramírez, 2014)

Dentro del anterior contexto, se ha transformado a la mujer en un “cuerpo enfermo necesitado de atención”, creando una distancia entre el profesional y el sujeto y olvidando a la mujer como persona con derechos y sentimientos, trasgrediendo el proceso de gestación. Frente a esta problemática, ha empezado a usar el concepto de “violencia obstétrica” con varias definiciones según los autores. (Bledel, 2011)

Se entiende como violencia obstétrica, la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (Ley orgánica de Venezuela 19 Marzo 2007), o aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales” (Ley Nº 26.485, 2009) (Organización para la cooperación y el desarrollo económico, 2007)

Según la declaración de la OMS sobre la Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en instituciones de salud, que podrían tener consecuencias adversas directas tanto en la madre como en el bebé además de aumentar gastos innecesarios para los sistemas de salud, además la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS 1996) reconoció que la prevención de la violencia, incluida la violencia contra las mujeres era una prioridad de salud pública, que requería acciones urgentes y en 2002 realizó el primer reporte mundial sobre violencia y salud que incluyó un capítulo dedicado a la violencia intrafamiliar y sexual. (OMS, 2014)

A nivel internacional se han establecido convenciones y conferencias al respecto que supusieron avances en los derechos de las mujeres donde encontramos cuatro principales:

- Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)⁹, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979 y ratificada por España en 1984.
- Convención de la OMS El Nacimiento no es una Enfermedad en 1985, de donde surge la publicación de las Recomendaciones sobre las prácticas adecuadas para la atención al parto y el nacimiento.

- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo¹¹ en 1994 donde se plantearon derechos relativos a la salud reproductiva de las mujeres, abogando por que la planificación familiar esté al alcance de todas las personas.

- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en 1995 en Beijing pues supuso un antes y un después en lo referido a la equidad de género a escala global. En ella se entiende que la violencia contra las mujeres impide lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, por tratarse de una vulneración de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales de la mitad de la humanidad.

En el contexto colombiano la Ley 1257 de 2008 dicta normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, haciendo referencia principalmente a la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar, en contextos de conflicto armado y la violencia sexual. Esta ley se establece la elaboración de los protocolos el Ministerio con especial cuidado en la atención y protección de las víctimas, promoviendo el respeto a las decisiones de las mujeres sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Por su parte la política de nacional de salud sexual y reproductiva (2003) establece el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Sin embargo, tanto la ley como la política no mencionan el término de violencia obstétrica ni generan mecanismos de regulación explícita para la prevención de dichos actos. (LEY 1257 DE 2008, 2008)

Dentro de la revisión no se encontró valores cuantitativos relacionados con la violencia obstétrica sin embargo evidenciamos que países latinoamericanos con legislaciones claras sobre el tema presentan menores tasas de mortalidad materna en la región, a excepción de Venezuela. Cumpliendo con la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos

entre 2016 y 2030. (LEY ORGÁNICA SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA, 2006)

La tasa de mortalidad materna en Argentina para el año 2015 fue de 52 por 100000 nacidos vivos y la de México de 38 por 100000 nacidos vivos, mientras que la de Venezuela fue de 95 por 100000 nacidos vivos. Al 2015 Colombia presentó una tasa de mortalidad de 64 por 100000 nacidos vivos. Aunque no es el tema de la revisión, cabe resaltar que cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto y un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2012) (Nacer, Salud Sexual y Reproductiva; Departamento de Ginecología y Obstetricia Facultad de Medicina, 2008)

El presente trabajo tiene como objetivo generar una revisión sobre las definiciones existentes de violencia obstétrica y la importancia del término a nivel mundial, promoviendo la reflexión sobre la importancia de reconocer las prácticas y tratos violentos naturalizados por algunas usuarias y personal de salud, en el contexto de la necesidad de crear políticas que regulen la atención y reconozcan el derecho de la participación de las mujeres como seres integrales.

1. VIOLENCIA OBSTETRICA

La violencia obstétrica es una forma de violencia de género cada vez más reconocida en el mundo entero y como parte de ese conjunto, su ejercicio genera costos directos (bienes y servicios usados en el tratamiento y la prevención), costos no monetarios (impacto de salud que no genera una demanda inmediata por los servicios de proveedores médicos), efectos multiplicadores económicos (menor participación de las víctimas de la violencia en el mercado laboral, menor productividad en el trabajo, menor capital social, efectos multiplicadores sociales, erosión de capital social) y efectos de transmisión intergeneracional que pueden afectar negativamente a los países (Almonte García, 2016).

Conceptualmente existen diversas definiciones La violencia obstétrica puede definirse como el tipo de violencia desarrollada por el personal de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Según Majety y Bejugman, violencia obstétrica hace referencia a los actos clasificados como física o psicológicamente violentos en el contexto del parto y el nacimiento. Para Arguedas Ramírez la violencia obstétrica es aquel “conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y posparto (Aguilar, d’Oliveira, & Schraiber, 2013).

Se entiende también por violencia obstétrica, los actos que se clasifican física o psicológicamente como violentos, en el contexto del parto y el nacimiento, en un entorno cada vez más medicalizado en países desarrollados y en desarrollo, con abundantes intervenciones quirúrgicas que se realizan en algunos casos sin el consentimiento de las mujeres. Este tipo de prácticas se desarrolla en un conjunto más amplio que hace referencia a la violencia de género que involucra todas las acciones contra la mujer respecto a agresión física, sexual y psicológica, que tenga lugar dentro de la unidad doméstica o en la comunidad, y que sea perpetrada por cualquier persona. Los actos de violencia comprenden, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual. Existen factores que agravan la vulnerabilidad de las

mujeres, tales como la pertenencia a minorías étnicas, las condiciones de refugio y migración, la pertenencia a entornos rurales, remotos o de reclusión; condiciones como la indigencia, la edad (ser niña o anciana), la discapacidad y especialmente, las situaciones de conflicto armado (Belli, 2013).

Los lugares en los que pueden ocurrir los diferentes tipos de violencia contra la mujer son: el lugar de trabajo, instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro espacio, y puede ser perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra (Aguirre Crespo, y otros, 2013).

En el contexto clínico algunas prácticas, ejercidas por el personal asistencial de los servicios de obstetricia, durante la atención a mujeres gestantes, pueden ser consideradas como formas de violencia contra la mujer. Al conjunto de estas prácticas, se les denomina Violencia Obstétrica (d'Oliveira, Diniz, & Schraiber, 2002).

La violencia obstétrica entendida como «toda conducta, acción u omisión realizada por el personal de salud que se da de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, y afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales» ha llamado la atención de organizaciones mundiales de salud, como es el caso de la OMS, quien se pronunció en el año 2014 frente a este tipo de violencia en el mundo, mencionando la necesidad de creación de políticas y herramientas que ayuden a superar este tipo de violencia, que lleva a considerar la experiencia de dar a luz como un hecho traumático y limitante en la autonomía de las mujeres (Sandoval, 2016).

La OMS recomienda las siguientes prácticas para la prevención de la violencia obstétrica (Belli, L. F. 2013):

- Permitir que las mujeres tomen decisiones acerca de su cuidado.
- Acompañamiento continuo durante el trabajo de parto y parto.
- Libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y parto.
- No hacer episiotomía de rutina.
- No hacer rasurado y enema de rutina.

- No hacer monitoreo fetal electrónico de rutina.
- Permitir toma de líquidos y alimentos en el trabajo de parto.
- Restringir el uso de oxitocina, analgesia y anestesia.
- Limitar la tasa de cesárea al 10 -15%.

Latinoamérica se considera como una región de vanguardia respecto a la implementación de legislación (Faneite, J.2012), siendo Venezuela el primer país en desarrollar e implementar legislación para la prevención y erradicación de la violencia obstétrica (Ley orgánica 2007), seguido de México (Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia 2007), regulando la atención y prestación del servicio por parte de los profesionales de la salud.

Los países latinoamericanos con legislaciones claras sobre el tema como México y Argentina presentan menores tasas de mortalidad materna en la región (OMS 2014), a excepción de Venezuela. Cumpliendo con la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.

Existen vacíos de información muy importantes en términos de las quejas y denuncias por actos que pueden constituir violencia obstétrica. Ello impide dimensionar de forma más completa la problemática de la violencia obstétrica en el país.

Dentro de los tipos de violencia obstétrica más frecuentes encontramos:

TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	
1. TRATO DESHUMANIZANTE	2. ACTOS MÉDICOS SIN CONSENTIMIENTO
a) Criticar a la mujer por llorar o gritar durante el parto.	a) Exigir enema o rasurado.
b) Burlarse o hacer comentarios irónicos.	b) Imponer el decúbito dorsal.
c) Impedir hacer preguntas.	c) Prohibir la compañía de la familia durante el trabajo de parto y parto.
	d) No solicitar consentimiento informado.
	e) Realizar episiotomía en trabajos de parto sin fase expulsiva prolongada.
	f) Realizar maniobra de Kristeller.

1.1 RESPONSABILIDAD EN LA ATENCIÓN EN GINECOBSTERICIA

Bajo este escenario, el personal es eximido de cualquier culpa en tanto los comportamientos de las pacientes no reproduzcan la normatividad institucional que se les exige, se le suma también la subvaloración y desconfianza naturalizada e interiorizada que el sistema biomédico tiene sobre la capacidad de las mujeres para parir sin tanta y tan sofisticada intervención, así como la interpretación que hace del embarazo y parto como un proceso susceptible de ser mejorado y perfeccionado por el accionar técnico científico (Binfa, Pantoja, Ortiz, Gurovich, & Cavada, 2009).

Cuando salió a la luz pública que Colombia es el tercer país del mundo en proporción de cesáreas, ninguna de las publicaciones de prensa consultadas hacía alusión a cuestiones económicas, como la reducción de costos si se aceleran los tiempos estandarizados para el trabajo de parto, ni a las cifras monetarias superiores que devenga el personal de la salud y las instituciones hospitalarias por la práctica de una cesárea (Carrillo, 2007).

Así mismo, las embarazadas y parturientas ostentan un nivel diferencial de autonomía y libertad de decisión de acuerdo a variables socioeconómicas; en este sentido, cuando se habla del derecho de las mujeres a estar informadas y decidir conjuntamente con los profesionales de la salud la forma de atención, suele pensarse en las mujeres que acuden a los servicios privados de atención en salud. Nunca se ha oído hablar de que las mujeres atendidas en hospitales puedan decidir conjuntamente con el personal de atención la forma en que serán atendidas y los procedimientos que se les aplicarán, es claro que en muchas instituciones públicas las mujeres no son tomadas en cuenta para opinar y decidir sobre su embarazo y parto, y si se decide practicarles una cesárea no se le explica la causa, porque se considera que su nivel de escolaridad no es suficiente y porque se le ha hecho pensar que los servicios públicos son gratuitos y hay que aguantar (Bowser & Hill, 2010).

Al parecer, quienes pagan un alto costo y están mejor preparadas tienen pase automático para entender, opinar y recibir una atención más personalizada. Por lo visto el respeto de los derechos reproductivos de las mujeres depende de su nivel socioeconómico y escolar,

por ser mujeres de un bajo nivel de escolaridad, de extracción popular, no se considera que tengan los mismos derechos que las mujeres de clases acomodadas (Sadler, 2004).

En Colombia, el plan de salud de una gestante es sinónimo inmediato de su clase social, en este sentido, la medicina prepagada, la EPS o el “Sisben” anuncia a los profesionales sobre los procedimientos a los que tienen derecho y al trato que se les debe dar; así, el elemento de la clase social, el nivel educativo, el sentido que vincula la atención de maternas en hospitales públicos como gratuita, interviene y atraviesa la atención de los partos, haciendo que los derechos y el trato sean diferenciales (Monroy Muñoz, 2012).

En un ejemplo, un caso de violencia obstétrica en un hospital de Bogotá, reportado en el diario El Espectador fechado el 13 de agosto del 2013, una mujer denunció cómo el personal de salud, específicamente su médico, se negó a ponerle anestesia manifestándole que el “Sisben” no cubría este procedimiento, la denunciante relata: “Llegué al hospital y me encontré con un médico que llevaba más de 36 horas de turno. Me atendió casi dormido y no me informó sobre el derecho que yo tenía para que me aplicaran anestesia. Me suministraron dos dosis en todo el parto y me dijeron que antes agradeciera porque a las mujeres afiliadas en el “Sisben” ni siquiera les ponían” (Valenzuela, 2013).

Es claro que existe un acceso diferencial a medicamentos y atención según el nivel socioeconómico derivado de las coberturas del seguro de salud, y los tratos prestados por los profesionales son muchas veces consecuencia de la explotación de la cual son objeto; pero hacer mención del agradecimiento que la paciente le debe al hospital y a su personal por haberle administrado un anestésico no cubierto por el “Sisben” nos permite ver la manera como se entiende que, al ser una atención gratuita, la paciente debe aguantar el dolor y el trato y agradecer aquello que por caridad le sea suministrado (Vallana Sala, 2016).

Con lo anterior vemos que en el caso Colombiano la violencia obstétrica aun no hace parte de la agenda nacional, para que se lleve a debate en las instituciones legisladoras con el fin de proferir normatividad en el tema, aunque el tema de trato diferencial a las mujeres basado en la violencia de género si ha suscitado gran debate en la escena nacional, haciendo

pensar que el tema de la violencia obstétrica será tratado con prontitud dentro los debates del legislativo.

Sin embargo existe el sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud, que obliga a las instituciones prestadoras de salud, a prestar una atención en salud con calidad, lo que exige a los profesionales y personal asistencial, a mostrar un comportamiento teniente a garantizar la atención en salud con los más altos estándares de calidad, hecho que nos llevaría a pensar que la violencia obstétrica no debería reportarse dentro de la atención obstétrica bajo ninguna circunstancia, hace falta más educación y socialización de esta normatividad en los servicios de obstetricia de las instituciones prestadoras de salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006)

1.2 MODELO INDUSTRIALIZADO DEL NACIMIENTO

Este modelo tecnocrático del nacimiento o el modelo industrializado del parto están presentes sobre todo en países calificados como subdesarrollados, lo que ha implicado que algunos países latinoamericanos hayan empezado a promulgar leyes contra la violencia obstétrica (Gutman, 2007).

En Colombia, sin embargo, no existe normatividad alguna que contemple este tipo de violencia, aunque han empezado a emerger algunos intereses que se manifiestan en notas de prensa aisladas, y el sistema médico y sus practicantes son entendidos como aquellos que reparan las consecuencias de la violencia, y no como posibles perpetuadores de violencias (Monroy Muñoz, 2012).

La violencia obstétrica y el modelo tecnocrático del nacimiento no pueden ser considerados como fenómenos exclusivos de América Latina y mucho menos del tercer mundo, ya que los componentes antes enumerados hacen parte del cuerpo de saberes y del modelo de funcionamiento de la biomedicina en el mundo (Vallana Sala, 2016).

Por ello pueden encontrarse varios movimientos que sensibilizan sobre las diferentes violencias inmersas en la atención institucional del parto, sin necesidad de recurrir a promulgar leyes e imponer sanciones (Britos Solian & Lopez Anton, 2016).

Este modelo funciona bajo la desautorización de la parturienta que empodera del proceso a los médicos y las instituciones hospitalarias y obedece, según Michelle Sadler a seis elementos básicos que facilitan el ejercicio de la violencia simbólica en el acto médico hospitalario de la atención del parto.

En primer lugar, está la homogenización de todas las parturientas al vestirlas con las batas asignadas para el parto; de esta manera se despoja a las mujeres de sus características de identidad y se las generaliza como pacientes, adicionalmente, contribuye en esta práctica, la consideración de todas las gestantes como mamitas o gorditas.

En segundo lugar, se sitúa la patologización como elemento primordial que, bajo el discurso de riesgos, empodera al obstetra experto del proceso bajo su conocimiento autoritativo (Cuevas, 2009).

En tercer lugar está la fragmentación, bajo la cual el sistema biomédico y su posición biologicista y organicista centra su atención en el funcionamiento del organismo, desintegrando a las parturientas de aspectos psicosociales que son muchas veces entendidos como contaminantes e impedimentos en la homogenización.

El cuarto elemento es la naturalización, bajo la cual se agrupa al colectivo femenino en su relación simbólica con la naturaleza, la cual infantiliza a las mujeres y las sitúa en la contraparte racional masculina cultural, operando como un poderoso mecanismo de desautorización de las lecturas e interpretaciones que hacen las mujeres sobre su proceso, ya que se las entiende como incapaces de llevar su embarazo y parto de manera autónoma.

El quinto elemento es la contaminación, entendida como la conceptualización de la parturienta misma como contaminante para la atención cómoda del parto por parte del personal médico. En este sentido, la gestante, sus miedos, dudas, sensaciones y opiniones son ocultadas y suprimidas en tanto contaminan los protocolos de atención y por último, encontramos la culpabilización, entendida como aquellos dispositivos y discursos que responsabilizan a las mujeres de cualquier tipo de evento adverso durante el parto.

1.3 VIOLENCIA OBSTETRICA Y MODELO DE ATENCION EN SALUD

Respecto al modelo de atención en salud, que define la calidad del servicio en virtud de parámetros técnicos y no del trato humano con el paciente , bajo un modelo médico hegemónico , medicalizado (conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre completamente normales y el pretender resolver), se ubica a la gestante en un estado de subordinación en relación con los profesionales de salud encargados, el proveedor de servicios de salud legitima su proceder clínico, de manera que, resulta complejo la identificación y modificación de actos violentos (Teran, Castellanos, Gonzalez, & Ramos, 2013).

Se reportan también repercusiones en los hijos de estas mujeres, sobre todo en su salud mental futura (retardo cognitivo, del desarrollo físico y del comportamiento, así como problemas metabólicos en la edad adulta). Numerosas prácticas que se pueden catalogar como Violencia Obstétrica, la mayoría de las cuales ocurren durante la atención del parto. Dichas prácticas pueden agruparse en dos categorías principales, unas relacionadas con el trato deshumanizante, otras inherentes a la realización de actos médicos no consentidos. Dentro de los actos médicos sin consentimiento se mencionan aquellos procedimientos que se realizan en los servicios obstétricos de forma rutinaria sin indicaciones clínicas justificadas. Sin informar a las mujeres y/o tener su consentimiento, aunque su práctica sea científicamente considerada innecesaria o peligrosa.

2. VIOLENCIA OBSTETRICA EN EL MUNDO Y COLOMBIA

En el mundo diversas organizaciones internacionales de salud de orden internacional han desarrollado agendas específicamente orientadas hacia la defensa de la violencia contra la mujer.

En este sentido, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 1997), hizo una declaración sobre la violencia contra las mujeres, destacando el papel que esta organización y sus afiliados tienen en el manejo de este problema, en 2009 la FIGO, en su reporte sobre asuntos éticos en obstetricia y ginecología incluyó varias recomendaciones promoviendo el trato humano durante el parto y revisó varios principios éticos relevantes para el mismo durante el parto tales como: el consentimiento informado, la confidencialidad, la privacidad y la relación médico paciente. Recientemente la OMS se pronunció acerca de la «prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud», y advirtió que: «En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación».

También reclama «un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos». Así mismo, varios países de América Latina y el Caribe han aprobado leyes o artículos de reforma a sus respectivos Códigos Penales para sancionar la violencia contra las mujeres. Sin embargo, hasta el momento, únicamente tres países han incluido en su legislación el tema específico de la Violencia Obstétrica: Venezuela (2006) en su «Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia», Argentina (2009) en la «Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales» y México (2014) en la «Ley general de acceso a una vida libre de violencia»; en Colombia existe desde 2008 la ley 1257 «Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación

contra las mujeres...» (Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2004) (Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, 2014).

En esta ley no aparece tipificada la Violencia Obstétrica como tal, pero si está claramente definida la violencia contra la mujer y especificados varios tipos de violencia.

Dos estudios sobre Violencia Obstétrica , realizados en Nigeria y Venezuela , señalan una prevalencia que varía entre 63,6 % y 98% , indicando los procedimientos no consentidos como el tipo de maltrato más frecuente, y a las enfermeras como las principales ejecutoras de la misma, ocasionando un serio impacto en la salud de las mujeres gestantes y los recién nacidos. En el estudio nigeriano 98% de las puérperas reportaron haber sufrido algún tipo de Violencia Obstétrica y señalaron los procedimientos no consentidos en primer lugar (54,5%) y el abuso físico en segundo lugar (35,7%). Por su parte en el 2010 en Brasil, la encuesta nacional realizada por la fundación Perseo Abramo mostró que el 25% de las mujeres que tuvieron partos normales (en redes públicas y privadas) reportaron haber sufrido abuso y la falta de respeto durante el trabajo de parto, parto y / o posparto inmediato, mostrando que la violencia institucional es frecuente en la atención al parto y representar un problema grave de la salud pública en Brasil (Charlote, y otros, 2013).

De forma similar la investigación Venezolana evidencio en primer lugar al personal de enfermería como quienes dentro del centro hospitalario utilizan palabras y en ocasiones trato no adecuado (67,5%) y luego los médicos (53%). Con respecto a las repercusiones para las mujeres víctimas de Violencia Obstétrica se ha descrito el trastorno de estrés postraumático en grados variables que van desde irritabilidad hasta franca depresión con ideación suicida, aunque las causas son multifactoriales y no son exclusivas de la atención en salud, como un embarazo no planificado, dificultades financieras, tener un trabajo inestable o bajos ingresos. Estas situaciones generan un aumento de la prevalencia de la depresión mayor que pueden ser exacerbadas durante el embarazo, especialmente en los países donde las mujeres enfrentan grandes desigualdades (Erice, 2010) (Moreno, 2007).

Venezuela fue el primer país a nivel mundial que incluyó este tipo de violencia contra la mujer, respecto a la atención de la embarazada durante el proceso del parto, tipificando los casos que constituyen delitos y estableciendo las medidas de sanción a imponerle al responsable, entre el personal de salud, de cometer actos de violencia obstétrica. Dicho artículo legal señala textualmente lo siguiente: (Faneite, Feo, & Toro Merlo, 2012) (Pereira Carlota, 2015)

Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

- Atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (Núñez Pérez, 2016).

México a través de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, sobre Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, busca establecer los estándares para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normal con el objetivo de disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil, atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones, siendo una norma de obligatorio cumplimiento para todo el personal de

salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional. (Pozzio, 2016).

A través de los lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud, fomentando la calidad y calidez en la atención. Además, México cuenta con una guía de práctica clínica “Vigilancia y manejo del parto” que consideran en su contenido las recomendaciones internacionales de la OMS desde 1985 en torno a la atención humanizada del parto, sin embargo no considera en su contenido el concepto de violencia obstétrica. Dentro de la guía de práctica clínica se cuestiona prácticas como la admisión de pacientes a salas de labor de forma temprana, la realización de intervenciones de manera rutinaria como el uso de oxitocina, el rasurado del vello púbico, que puede incrementar el riesgo de infección; el uso de enema y vaciamiento vesical, la amniotomía, el corte temprano del cordón umbilical, la revisión manual de la cavidad uterina y la separación madre-hijo posterior al nacimiento (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014).

A pesar de estos esfuerzos y al igual que en otros países del mundo, México continúa con prácticas no recomendadas por la OMS como la realización de más del 15% de cesáreas del total de nacimientos. Entre 2007 y 2012 (8.4 millones), 3.86 millones fueron por cesárea, cifra que es más del doble de la recomendada, demostrando que la violencia obstétrica continúa desapercibida en las políticas de calidad de los servicios de salud, así como en la discusión para la formación y práctica gineco-obstétrica (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2007).

En el caso de Argentina, el país cuenta con la Ley 26.150 que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral del 2006 y con la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales, publicada en 2009. Esta última es de especial relevancia puesto que en ella se hace referencia por primera vez en el cuerpo jurídico argentino a la VO, entendiendo la misma como una forma de violencia de género. A pesar de que para el 2009 ya existía legislación específica relacionada con la atención al parto, en ella no se hacía

referencia al concepto de VO, ni al carácter estructural que posee esta problemática (Herrera Vacaflor, 2016).

En el caso de Brasil, el movimiento contra la violencia obstétrica se deriva de la crítica creciente que diferentes grupos han hecho sobre la asistencia del parto en el país, considerado como un "movimiento de Humanización del Parto", que involucra diversos profesionales y organismos de la sociedad. El movimiento por la humanización del parto en Brasil comenzó de una manera descentralizada a través de diferentes iniciativas en varios estados brasileños, todos ellos se centran en el nuevo sentido y la asistencia de actuar de acuerdo con diferentes modelos, menos tecnocrático y más centrada en la figura de la mujer, trabajando en la implementación de servicios o en la investigación académica, sobre todo enfermeras y médicos de los campos de la obstetricia y salud pública (Martins & Barros, 2016).

En 2010, una encuesta nacional llevada a cabo por la Fundación Perseu Abramo mostraron que el 25% de las mujeres que tuvieron partos normales (en redes públicas y privadas) reportaron haber sufrido abuso y la falta de respeto por el trabajo, la entrega y / o inmediatamente posterior al parto, Demostraron que la violencia institucional es a menudo presentar en la atención al parto y representa un importante problema de salud pública en Brasil. (Senna & Tesser, 2016).

La violencia obstétrica en el mundo representa un problema importante, en Norteamérica la maternidad y el cuidado de los recién nacidos cuestan a los Estados Unidos más de \$ 50 mil millones anualmente, la categoría más grande de costos hospitalarios para Medicaid, y los aseguradores comerciales, sin embargo, los Estados Unidos ocupa el lugar 50 el mundo para la mortalidad materna y 36 para la mortalidad neonatal . Mientras que los incidentes capturados en informes sobre violencia obstétrica son escasos en comparación con los aproximadamente 4.000.000 nacimientos que tienen lugar en Estados Unidos cada año, su importancia es profunda para los individuos, quienes experimentaron la violación, y al Sistemas de salud en los que se producen. Incluso con la jurisdicción de derecho común como los Estados Unidos, una sola historia tiene el poder de dar forma a la ley. La política

federal en materia de violencia de género (Específicamente la Ley de Violencia contra las Mujeres), proporciona un modelo para abordar las causas fundamentales de la violencia obstétrica, que proporcionaría oportunidades de financiación de investigaciones y mecanismos de restitución de las víctimas, financiando la educación basada en los derechos en la maternidad respetuosa, el cuidado y la prevención de malos tratos durante el parto tanto para los pacientes como para los proveedores. (García-Moreno & Stöckl, 2009) (Hutson & Foster, 2013) (J.D., 2016).

2.1 VIOLENCIA OBSTETRICA CASO COLOMBIA

En los años entre 1980 y 1990 el sistema de salud colombiano estableció una relación estrecha con las parteras, quienes atendían la mayoría de los partos, basada en su formación sobre las nociones de asepsia y antisepsia pero, además, se les confirió la labor de convertirse en puentes entre sus comunidades y el sistema de salud nacional, para que fueran ellas quienes incentivaran el ingreso de las gestantes en los programas de control prenatal y de crecimiento y desarrollo infantil. Estos vínculos se rompieron a mediados de la década del 90, cuando el sistema de salud encuentra que la capacitación de las parteras, y su labor como puente de la comunidad y el sistema de salud no redujo las tasas de muerte materna y perinatal y que las gestantes, si bien acudían a los controles prenatales, preferían la asistencia de las parteras durante el parto. (Cortés Díaz, 2010)

Paralelamente, ante las altas tasas de muerte materna e infantil, sobre todo en los países en vía de desarrollo, la ONU incluye esta temática entre los ocho objetivos del milenio. En este punto, el embarazo y parto comienzan a ser materia biopolítica del estado Colombiano, cuando el país se suma y acepta los objetivos de las Naciones Unidas en la reducción de la mortalidad infantil enunciado en el objetivo 5 y el mejoramiento de la salud materna contenido en el objetivo 6.

La idea era reducir la tasa de mortalidad infantil a las dos terceras partes de la cifra registrada en cada país en 1990. Para alcanzar este objetivo se estableció un lapso de tiempo que inició en 1990 y terminó en 2015.

La primera encuesta nacional, que se repitió cada cinco años para constatar los resultados de las políticas en el cumplimiento de los objetivos del milenio, incluyó datos de la encuesta de 1990, que registró que la tasa de muerte infantil en la década de 1980 (hasta 1990) alcanzó el 40%. Otro elemento que movilizó el interés de las políticas del estado hacia el cuerpo en embarazo y la atención del parto fue la adhesión de Colombia a las propuestas del plan de acción regional para reducir la mortalidad materna en las Américas, propuesto durante la XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana en 1990. Estas preocupaciones sobre la niñez y el embarazo en el contexto internacional movilizaron localmente intereses políticos, científicos, tecnológicos y educativos que se manifestaron en un interés creciente por controlar y hacer seguimiento a los embarazos por parte de la autoridad médica.

Por ello, se promovieron iniciativas como el decreto 0534 de 1985 del Ministerio de Educación, que obligaba a los estudiantes desde grado noveno a un servicio social denominado Frente Social Juvenil para la Supervivencia de la Infancia, cuyo objetivo era realizar actividades coordinadas por el Ministerio de Salud y por el Ministerio de Educación Nacional tendientes a promover la educación para la salud de las familias en la prevención y control de las enfermedades más comunes que son causa de los altos índices de morbilidad y mortalidad infantil (Ardila Romero, 2013).

Los estudiantes que conformaban este frente recibían veinte horas de entrenamiento para desarrollar e implementar dicho accionar en temas donde la salud materna e infantil ocuparon un lugar central; así, en los textos escolares de la época se consigna, por ejemplo, que el embarazo no es una enfermedad, pero exige vigilancia y control médico para proteger la salud de la madre y la del feto, y en esta forma prevenir la mortalidad perinatal, tan pronto como la mujer supone que está embarazada debe acudir a una institución de salud para que el médico confirme el diagnóstico de embarazo, la examine y valore el riesgo o probabilidad que tiene la gestante de sufrir algún daño que afecte su salud, la vida de su hijo o la de ambos.

La prevención de la mortalidad perinatal se logra mediante tres mediadas: Que la mujer tenga su primer control médico antes del quinto mes de gestación; que se valore el riesgo

que corre la mujer durante la gestación y el parto; que todo parto clasificado como de alto riesgo sea atendido en una institución hospitalaria (Ardila Romero, 2013).

Así, vemos instalarse un sentido común alrededor de 1985, y sobre todo en la década de 1990 que relaciona embarazo con riesgo, embarazos de bajo, medio y alto riesgo hacen su aparición en la arena nacional y la gestación deja de percibirse como un evento seguro. Como se viene mencionando, el discurso de los riesgos en el contexto mundial da cabida al seguimiento y control de la triada embarazo-parto-puerperio por parte del sistema biomédico. Adquiere así la lógica de obligatoriedad, de necesidad auténtica por parte de toda gestante el revisarse y ceñirse a los tratamientos e intervenciones normalizadas como adecuadas y saludables para el normal desarrollo de la gestación que fomenta el sistema biomédico.

Esta lógica fue ampliamente exigida dentro de los ocho objetivos del milenio, donde se especifica la importancia de ampliar la cobertura de atención especializada del embarazo y parto para que toda mujer reciba cuidado y atención médica durante estos procesos.

Dolly Ardila en su trabajo menciona cómo la sexualidad del cuidado es relacionada con las mujeres durante la década del 90, así como ser mujer se convirtió en sinónimo de ser madre. La autora encuentra esta relación reflejada claramente en los textos escolares de la época, además del énfasis en la promoción de la atención de estos procesos por parte de los médicos; así, acudir al médico se convierte en una actitud responsable y amorosa de una madre hacia su hijo o hija. (Ardila Romero, 2013)

Una madre responsable, comprometida y amorosa acude y obedece a su médico, como reza un texto escolar: La falta de cariño afecta a los niños, bríndele todo su amor desde la gestación y prepárese para su parto en la forma indicada por el médico. Si le recomienda tenerlo en el hospital hágale caso, por la salud de su hijo. (Ardila Romero, 2013)

Además de lo anterior es fundamental tener en cuenta los intereses políticos y económicos que se movilizan alrededor de la reproducción, el nacimiento, el embarazo y el parto, ya que la mortalidad materna e infantil constituye un referente básico en la calificación de desarrollo de un país: Hoy en día el tema de la morbilidad materna es una cuestión

de gran importancia, no sólo para los médicos y personal de salud e instituciones, sino que también refleja gran preocupación de economistas, políticos, académicos y en general de toda la sociedad y el Estado; debido a su impacto en los índices de desarrollo de cada uno de los países y en indicadores fácilmente medibles, como el índice de desarrollo humano y los índices de desigualdad que reflejan la importancia de estos temas dentro de las prioridades de una nación desarrollada o en vías de desarrollo (Cortes Diaz, 2010) (Odent, 2009).

Colombia se raja en mortalidad materna y en algunos otros objetivos, una vez cumplido el plazo para el cumplimiento de los ocho objetivos del milenio. Se estima que entre 859 y 895 maternas mueren por año y hay consenso en identificar que casi la totalidad de las causas de la mortalidad materna en el país podrían evitarse con adecuados programas de control prenatal, servicios oportunos y calificados en el proceso del parto, de un buen seguimiento posparto y servicios de planificación familiar; es decir, que todas las patologías que originan estos eventos están asociadas a la falta de servicios de salud reproductiva de buena calidad y a las precarias condiciones de vida de las mujeres.

Es preocupante observar que las zonas del país donde se presenta un mayor índice de mortalidad materna son la Amazonía, Orinoquía y la zona del pacífico, ambas con una elevada población de minorías étnicas, mientras el 31% de la población que no pertenece a las minorías en Colombia no tuvo acceso a servicios de salud, esta proporción fue igual a 48% en el caso de las minorías étnicas y raciales que son la población afro-colombiana e indígena.

Así, entre mayor sea el índice de pobreza y de inequidad, mayor será la proporción de muerte, no solo materna, sino también infantil. Aunque muchas muertes maternas suceden por falta de acceso a una adecuada atención sanitaria, otras se producen por consecuencias derivadas de la iatrogenia⁵.

Las causas de las muertes maternas pueden ser obstétricas directas e indirectas. Las directas son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado del embarazo,

el parto o el puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las causas mencionadas⁴.

Encontramos entonces que alrededor de la reproducción, el embarazo y el parto se movilizan intereses políticos, económicos y sanitarios que han influenciado y promovido el embarazo como una categoría, que aunque no se califica abiertamente como patológica, es conceptualizada como riesgosa y por ende, peligrosa. Esto ha propiciado un ambiente de fomento de la atención hospitalaria del parto, manifiesto en iniciativas como la del Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna en el año 2003 del Ministerio de Protección Social, donde se exige y reglamenta la obligatoriedad y necesidad de controlar, manejar y atender la mayor proporción de embarazos y partos posibles.

Aunque es meritorio el deseo de hacer llegar una atención de calidad a todas las gestantes por parte del estado Colombiano, estos planes de choque han sido criticados fuertemente al considerarse poco realistas y alejados de las necesidades y condiciones del contexto nacional, desafortunadamente un plan de choque para realizar en tan corto tiempo, sin contar con recursos financieros suficientes que lo hagan eficiente y eficaz, y sin una cabeza que monitoree su progreso, no deja de ser un documento más de los muchos que se guardan en las vitrinas de los organismos de salud para coleccionar polvo con el paso de los años.

Estas exigencias en países como Colombia, donde la cobertura y la oferta sanitaria son en ocasiones insuficientes, posibilitan escenarios donde la atención del parto hospitalario parece una auténtica fábrica de bebés, las parturientas entran en una especie de cadena de producción, donde la lógica es la de atender al mayor número de parturientas en el menor lapso de tiempo y al menor costo posible, sin prestar demasiada importancia en la calidad de la experiencia de estos partos.

2.2 ATENCIÓN DEL PARTO SEGURO EN COLOMBIA

Dentro de la normatividad vigente en el país, para poder entender el proceso de atención del parto en Colombia es pertinente remontarse al sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, que se define como el conjunto de instituciones, normas, requisitos,

mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país; está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

En su parte de habilitación la RESOLUCIÓN NÚMERO 2003 DE 2014 establece dentro de su contenido la forma en la cual las instituciones pueden habilitarse y hacer parte del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, el cual permite que puedan ofertar servicios de atención en salud, además de lo anterior el SOGC obliga a prestar una atención en salud donde se observe calidad en la atención.

Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

- Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Por lo anterior se observa que las gestantes deben recibir servicios de calidad, los cuales, deben propender por atender sus necesidades más sentidas, razón por la cual se hace inadmisibles la presencia de actos médicos no consentidos o la realización de un parto que no sea humano con la paciente, por ello, la ley en Colombia protege de manera directa a la mujer en estado de embarazo de cualquier forma de violencia obstétrica que atente contra su integridad moral o física y que ponga en peligro su vida por las barreras de acceso que puedan presentarse (Chandramathi Majety, 2016).

Por otro lado las acciones de maternidad segura están dirigidas a garantizarle a la mujer un proceso de gestación sano y las mejores condiciones para el recién nacido o nacida. Para ello, debe darse adecuada y oportuna atención desde la etapa preconcepcional y durante toda la gestación, el parto y el puerperio, manejar los riesgos asociados a la maternidad en la madre y el hijo/a y brindar tratamiento a todas las complicaciones que por factores biopsicosociales pueden surgir en este periodo, para tal efecto en el país se desarrolló la política de salud sexual y reproductiva 2014-2021.

La PNSDSDR 2014-2021 se fundamenta en el enfoque de derechos, aplicados a lo sexual y a lo reproductivo y en el concepto ampliado de sexualidad, sumado al enfoque de género, diferencial y de ciclo de vida, para proponer las acciones de Estado que en esta materia se reconocen como promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según se contempla en la Ley Estatutaria. También se demanda que los derechos sexuales y los derechos reproductivos se consideren de manera independiente, sin desconocer sus múltiples interrelaciones, tanto en la garantía como en el ejercicio y que sea posibilitada su realización en el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en dos sentidos: 1) Analizar e identificar los factores que los determinan y 2) Precisar las intervenciones que favorezcan la superación de las inequidades, aspectos para los que se requiere aplicación de estrategias de promoción, alianzas, diseño de planes intersectoriales, que rompan el ciclo que perpetúa esas inequidades y falta de garantía de derechos dentro de un enfoque sistémico de la gestión. (Ministerio de salud y protección social-2014)

Sumado a lo anterior se fundamenta el hecho de que las mujeres como sujetos de derecho y como parte integrante de la política, deben recibir la mejor orientación con respecto a su maternidad por parte del personal de salud, lo que permite inferir que es responsabilidad de los profesionales de la atención en salud, el prestarles servicios que no atenten contra su salud física o emocional traducidos en cualquier forma de violencia obstétrica.

Razón por la cual, en el país se ha venido hablando de parto humanizado, que durante la última década ha tenido gran impacto dentro de las instituciones que prestan servicios de atención a maternas, que consiste en brindar la atención de parto en las gestantes, guardando el máximo respeto por sus decisiones de parir, de la forma en la cual de manera informada y consentida ellas decidan, lo que permite concluir que no se presentarían casos de violencia obstétrica de ningún tipo por que las mujeres pueden decidir la forma en la cual van a darle fin a su gestación.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una revisión sistemática de la literatura comprendida entre el año 2000 a 2016.

3.2 FUENTES DE INFORMACION Y DESCRIPTORES

Las bases de datos consultadas fueron PubMed/MEDLINE, SCOPUS, ISI Web of Knowledge, CRD, IME, e IBECs. Los descriptores utilizados fueron violencia obstétrica, violencia y parto, parto humanizado y violencia y género.

3.3 CATEGORIAS DE ABORDAJE

Para las categorías de abordaje se tuvo en cuenta la presencia de dos categorías dentro del texto que se presentan en la tabla 1:

TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	
1. TRATO DESHUMANIZANTE	2. ACTOS MÉDICOS SIN CONSENTIMIENTO
d) Criticar a la mujer por llorar o gritar durante el parto.	g) Exigir enema o rasurado.
e) Burlarse o hacer comentarios irónicos.	h) Imponer el decúbito dorsal.
f) Impedir hacer preguntas.	i) Prohibir la compañía de la familia durante el trabajo de parto y parto.
	j) No solicitar consentimiento informado.
	k) Realizar episiotomía en trabajos de parto sin fase expulsiva prolongada.
	l) Realizar maniobra de Kristeller.

3.4 ANALISIS Y SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION

Los hallazgos de la revisión de la literatura encontrada fueron organizados y sistematizados en una hoja de cálculo, en la cual se registró la temática de cada una de las categorías. Con lo anterior se

realizó la aproximación analítica de la información en dos grandes categorías de abordaje de la información:

- PARTO DESHUMANIZANTE
- ACTOS MÉDICOS NO CONSENTIDOS

4. RESULTADOS

En la revisión los autores reportaron que la Violencia obstétrica se presenta con mayor frecuencia en los actos médicos sin consentimiento y la realización de intervenciones o la implementación de prácticas desagradables para la gestante (Aguirre Crespo 2013); tales como la exigencia de posiciones para el parto (principalmente el decúbito dorsal) (Cuevas, M. C. 2009) y la realización de episiotomías sin firma del consentimiento informado (Arguedas Ramírez, 2014). En el caso de dichos procedimientos no se explica las razones y consecuencias de esta intervención, ni antes, ni durante, ni después del parto (Monroy Muñoz, 2012).

Las prácticas detalladas en el ámbito de trato deshumanizante mayormente registradas fueron, obstaculizar el apego precoz en casi una de cada cuatro usuarias, pero deben considerarse como variables situaciones particulares como la cesárea o la necesidad de atención inmediata por neonatología, posterior al parto. Las críticas por llorar o gritar durante el parto (21,6 %), manifestar miedos o inquietudes (19,5 %) y las burlas, comentarios irónicos y descalificadores referidos por un 15,3 % de usuarias,; criticar a la mujer por llorar o gritar durante el parto; impedirle hacer preguntas o manifestar sus miedos o inquietudes; burlarse, hacer comentarios irónicos y descalificarla; estrujarla o golpearla; negarle deliberadamente analgesia o anestesia cuando está indicada y obstaculizar el apego precoz en ausencia de indicación médica (Pereira Carlota, D. A. 2015).

Al evaluar la aplicación de oxitócicos como conducta de rutina, se evidencia que al 80% de las embarazadas se lo suministraron (Binfa, 2009), lo que pone a dichas embarazadas en una situación de riesgo a desarrollar complicaciones por el uso del mismo, ya que la aplicación de dicho medicamento debe ser realizada en condiciones estrictamente necesarias, respondiendo a las condiciones individuales de cada caso.

El 97,7% de parturientas sometidas a revisión uterina, lo que significa que después del parto son expuestas nuevamente a medicamentos (oxitócicos) para acelerar la expulsión de la placenta, además de someterlas a una limpieza uterina que lesiona innecesariamente el endometrio,

conducta que se sigue bajo la justificación médica de prevenir que haya quedado un resto placentario que pueda ocasionar problemas posparto. La revisión uterina se considera una conducta médica de excesivo abuso de la medicalización y patologización del proceso del parto de bajo riesgo, (Bowser 2010).

En el caso de Colombia, algunas instituciones sólo permiten el acompañamiento en el momento de la atención del parto a las personas que hayan realizado el curso psicoprofiláctico, limitando el acceso de familiares y generando una pedagogía de sumisión, subordinación y entrega al acto médico por parte de las gestantes a los profesionales de salud y las instituciones (Vallana Sala V. 2016).

La información revela que el personal más señalado en la ocurrencia de la violencia obstétrica fueron médicas y enfermeras (40 y 30% respectivamente) y médicos (23%), (Erice, J. E. 2010). Las prácticas violentas correspondieron en mayor frecuencia a maltrato verbal con un 30%, seguidas de maltrato físico 8% (Martins, A. d 2016).

Junto al poder institucional frecuentemente se ejerce el poder derivado del género, la clase, la etnia, la raza, la edad, la subcultura o la nacionalidad, durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres se evidencia dentro de los artículos que va desde regañones, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su “consentimiento”, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos como resultados más alarmantes dentro de la revisión realizada (Almonte García, 2016) (Britos Solian & Lopez Anton, 2016) (Bruyn, 2003).

Desde el momento en que ingresan a la sala de parto, las mujeres reciben una serie de mensajes, que las instruyen sobre la conveniencia de someterse a las órdenes de los médicos, el disenso de las instrucciones médicas provoca una reacción en el personal de salud que puede llegar a ser terminante, con miras a reprimir cualquier intento de lo que, desde su punto de vista, puede ser considerado una insubordinación o una negación a recibir la atención médica que se está brindando

en ese momento, una consecuencia de esta doctrina es eximir de toda responsabilidad al personal de salud y culpar a las propias mujeres, por los problemas y las dificultades que puedan presentarse durante el parto, refiriéndose a la labor del trabajo de parto con comentarios descalificantes hacia la gestante y hacia el proceso que está afrontando en ese momento (Hutson & Foster, 2013) (fernández, 2016).

Continuando con el análisis y en estrecha relación con lo anterior, se encuentra la tendencia de algunos integrantes del personal de salud a descalificar la información y el conocimiento que las mujeres poseen, sobre su estado de salud o sobre su proceso de parto, reduciendo al absurdo los relatos de las mujeres sobre sus experiencias en otros partos o los cambios percibidos en sus propios cuerpos, desdeñando aun las señales de alarma referidas por las pacientes, que permitirían identificar oportunamente el inicio de una complicación médica u obstétrica, lo que ocurre paralelo a este proceso de descalificación de su propio saber; con este panorama las mujeres se enfrentan a un control riguroso de la información que posee el personal sanitario sobre su estado de salud, no se les comunica nada al respecto, por lo general en se les prohíbe el acceso a su historia clínica y cuando les brindan información, esta se les brinda de manera parcial o distorsionada, con el objeto de que no pueda sospechar o quejarse por malos manejos durante el proceso de atención médica o sanitaria; lo que nos lleva a concluir que en este contexto la información se estructura como una forma de poder simbólico dentro de la sala de parto (Belli, 2013) (Bledel, 2011) (Herrera Vacaflor, 2016).

Dentro de la misma categoría vemos como la institución médica impone a la paciente y a sus familiares la ignorancia y muchas veces un silencio forzoso, como elementos necesarios e imprescindibles para el cumplimiento del objetivo técnico, donde la palabra de la paciente o de sus familiares, sólo interesan en tanto ofrezcan indicios para ganar en precisión técnica o cuando la inconformidad se transforma en amenaza de quejarse de lo que está sucediendo en el proceso de atención en salud, para algún miembro del grupo o para la organización en su conjunto lo que en cualquier otro contexto la palabra del otro carece de sentido (Teran, Castellanos, Gonzalez, & Ramos, 2013) (d'Oliveira, Diniz, & Schraiber, 2002) (Moreno, 2007).

Con las dos condiciones anteriores evidenciadas dentro de la revisión sistemática que tienen que ver con el establecimiento de un orden jerárquico entre la relación servicio de salud - paciente y la descalificación del saber de las mujeres, se infiere tercer patrón de interacción de consecuencias más graves que se trata de la desacreditación de las mujeres como sujetos que sufren siendo el

personal de salud, quien dictamina que las mujeres no están sintiendo dolor, aun cuando ellas así lo reporten, lo anterior como un claro ejemplo de trato deshumanizante dentro de la atención médica. (Sandoval, 2016) (Bowser & Hill, 2010).

Como se evidencia en la revisión estas prácticas corresponden a expresiones que pueden observarse en los artículos con ligeras variaciones, pero significado idéntico en distintas nacionalidades y contextos culturales; una la triple discriminación, por ser mujeres, por ser carentes de recursos económicos y por su ignorancia frente al saber científico, de las tres, la falta de poder económico es el elemento determinante y es en el cual se basan la mayoría de los artículos revisados (Arguedas Ramírez, 2014) (Gutman, 2007) (Monroy Muñoz, 2012).

Una situación que tiene que ver con el trato deshumanizante percibido por las gestantes va más allá del volumen de trabajo, el cual incide en un ambiente de trabajo violento, agotador y despersonalizado, que se consume parte de la buena voluntad del personal de salud; la práctica de la salud establece una lógica que obvia el sufrimiento humano, los sentimientos, lo subjetivo, como una causa que requiera prestarle asistencia, es decir, lo que las mujeres dicen y hacen en aquellos espacios donde quedan recluidas por necesidad de atención obstétrica, tiene que ver más con la necesidad de ser oídas, queridas, acompañadas, que con un dolor físico y esa necesidad no está catalogada como de atención prioritaria como reza en los textos, la atención en salud se centra en el evento y no en la mujer como persona, prestarle esfuerzos profesionales a lo emocional, a lo psíquico, es asunto que se ignora frente a la dimensión objetiva del saber (Pozzio, 2016) (Faneite, Feo, & Toro Merlo, 2012).

En la literatura con respecto a estos tratos crueles, inhumanos y degradantes a las mujeres por parte del personal asistencial, se suma el hecho de que se trata de mujeres maltratando a las mujeres que acuden solicitando atención obstétrica. En la revisión se comprobó también la existencia de relatos de mujeres que aseguran no haber tenido respeto a su intimidad o privacidad dentro de su proceso de atención sanitaria, en torno a ello se ha construido una estructura hospitalaria que tolera o promueve, que sus integrantes creen que pueden tratar a las personas como objetos desprovistos de derechos o que permanezcan impasibles, frente a los sufrimientos de una gestante. Todas estas formas de trato deshumanizante se relacionan con la organización de los servicios de ginecobstetricia, con la manera como se forma a los profesionales y técnicos en salud, así como la forma en la que ese grupo social concibe a las propias mujeres (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2012) (Carrillo, 2007) (OMS, 2014).

En la revisión podemos deducir que una concepción ideal de la relación médico–paciente se constituye como una interacción social entre sujetos morales, es decir, entre individuos que toman decisiones sobre sí mismos y en este orden de ideas, cuando se considera a las mujeres que solicitan un servicio médico como personas libres y autorrealizadas; la estructura de la relación médico–paciente, necesita que la información y participación se realicen sintiendo las necesidades e intereses de las pacientes, con lo cual los artículos ponderan que la comunicación entre el personal de salud y las gestantes es fundamental para que la paciente participe de manera libre y activa en su tratamiento, ejerciendo su derecho a decidir por sí misma lo que se hará con su cuerpo. Si la relación médico – paciente es un encuentro en el que dos personas se comunican, es también una empresa ética en la que el personal de salud, con benevolencia y veracidad, prepara a la paciente a una participación plena en las decisiones; cuando la paciente realmente participa, el respeto del personal sanitario salvaguarda su integridad, lo que significa que reconoce su dignidad y libertad brindando un trato humano (Bledel, 2011) (Aguilar, d’Oliveira, & Schraiber, 2013) (Aguirre Crespo, y otros, 2013).

Con respecto a los tipos de violencia relacionados con los actos médicos no consentidos, algunos autores mencionan la realización a menudo, sin el debido consentimiento de procedimientos como la amniotomía (rotura artificial de las membranas amnióticas), realizado como un proceso sistemático para disminuir el tiempo de trabajo de parto que puede ser beneficioso en algunos contextos para reducir la morbi-mortalidad del binomio madre-hijo, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud ha reportado que la amniotomía puede atrasar el proceso de trabajo de parto y aumentar las desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal, lo que a su vez aumenta la necesidad de otras intervenciones como la cesárea.

Otras decisiones médicas a las que los autores hacen referencia dentro de los actos médicos sin consentimiento es la realización de varios tactos vaginales realizados por diferente personal de salud. Un estudio transversal mexicano, realizado a 512 mujeres en el postparto inmediato en dos hospitales, reportó la realización de 1 a 40 tactos vaginales durante el proceso, con un promedio de 4.47 ± 3.68 . En promedio a cada mujer le fue realizado de 4 a 8 tactos vaginales durante el proceso de atención en las unidades hospitalarias. Al diferenciar por la vía del parto, encontramos que mujeres que tuvieron un parto normal reportaron la realización de 5 a 8 tactos y en el caso de las cesáreas programadas de 3 a 4.

Al evaluar la aplicación de oxitócicos como conducta de rutina sin consentimiento, pudimos observar que algunos autores evidencian en sus estudios, que al 80% de las embarazadas se lo suministraron, lo que pone a dichas embarazadas en una situación de riesgo a desarrollar complicaciones por el uso del mismo, ya que la aplicación de dicho medicamento debe ser realizada en condiciones estrictamente necesarias, respondiendo a las condiciones individuales de cada caso. Su aplicación no debe ser una pauta de rutina como mecanismo para acelerar los trabajos de parto, por ello la OMS expresa que no está claro que el uso de la oxitócica para acelerar el parto ofrezca ningún beneficio a las mujeres o a los fetos, así mismo recomienda que sólo se debe suministrar con una indicación válida.

Respecto a la realización de episiotomías de rutina, encontramos la primiparidad como uno de los principales factores de riesgo asociados a su realización. Numerosos autores consideran que se presenta como uno de los procedimientos que no contempla el derecho de la mujer a elegir y que se realiza sin su consentimiento en gran frecuencia, limitando la capacidad de expresar su opinión acerca del procedimiento y discutir su necesidad o no con el profesional que le asiste durante el parto. Es el profesional el que tiene el poder de decidir asociado a que la mayoría de las mujeres que dan a luz en los centros hospitalarios desconocen las indicaciones, riesgos y alternativas de las intervenciones que se les practicaron (Fernández, 2006).

Dentro de la imposición de posiciones, encontramos en la revisión, la referencia de los autores sobre el continuo uso de la posición ginecológica o de litotomía, sin una base científica (la mujer está acostada con los muslos y piernas flexionados sobre el cuerpo) que es más cómoda para el obstetra y en muchas ocasiones no lo es para la gestante. En dicha posición las mujeres no tienen capacidad de moverse libremente. Esta posición es la que se ha empleado habitualmente y hasta hoy desde el siglo XVIII en el mundo occidental. Los autores concluyen que esta posición se asocia a una mayor realización de episiotomías, concluyendo que se debería permitir a las mujeres tener la opción de dar a luz en cualquier posición que se encuentren más cómodas.

En la revisión de la literatura, no se encuentre suficiente información sobre la realización de la maniobra de Kristeller, probablemente por un subregistro de su realización. Muchos autores no la mencionan y algunos que lo hacen, advierten no practicarla. Dentro de la literatura revisada se encuentra el reporte de consecuencias graves para la madre y el feto, por lo que varias las organizaciones debaten su utilización. Sin embargo la OMS no se ha pronunciado en favor ni en

contra de la realización de la maniobra Kristeller, solo recomiendan no realizarla hasta que nuevos estudios certifiquen su inocuidad y eficacia.

Aunque las esterilizaciones no son inherentemente 'opresivas' y muchas mujeres eligen estos procedimientos, lo que se reclama son las imposiciones bajo amenaza de pérdida de apoyos sociales. Además la experiencia de la imposición de métodos anticonceptivos y de esterilizaciones no consentidas pone en evidencia la existencia de valores sociales jerárquicos en torno a la maternidad y los cuerpos de las mujeres lo que muestra la intersección de múltiples ejes de opresión en torno a la maternidad.

5. DISCUSIÓN

La violencia obstétrica, es una forma de violencia de género cada vez más reconocida en el mundo, en la cual participan médicos, enfermeros, enfermeras y demás personal de las instituciones de salud, que necesitan asumir la ética profesional Tessa (2009), con el objetivo de que su ejercicio disminuya los costos directos (bienes y servicios usados en el tratamiento y la prevención), costos no monetarios (impacto de salud que no genera una demanda inmediata por los servicios de proveedores médicos), efectos multiplicadores económicos (menor participación de las víctimas de la violencia en el mercado laboral, menor productividad en el trabajo, menor capital social, efectos multiplicadores sociales, erosión de capital social) y efectos de transmisión intergeneracional que pueden afectar negativamente a los países donde estas prácticas se desarrollan.

La formación académica de los profesionales resulta ser una barrera para la identificación de actos violentos que se han naturalizado.

La propuesta actual para la obstetricia se dirige a la atención humanizada y respetada del parto, tanto corporal, psicológico y de derechos humanos y reproductivos, que se debe complementar con la formación de las personas que están ejerciendo la prestación de servicios en salud, con herramientas que tengan en cuenta los sentimientos, las emociones, aspectos familiares, económicos y sociales que influyen en el parto y nacimiento.

En el caso de Colombia es necesario implementar a través de cambios legislativos, limitaciones de las prácticas de violencia obstétrica definiendo este concepto dentro de la legislación, delineando las causas de acción y asignando daños y perjuicios.

El tema de violencia obstétrica, nos lleva a reflexionar sobre algunas prácticas, conscientes e inconscientes ejercidas por el personal de salud, que agreden física, sexual o emocionalmente a las mujeres gestación, durante el trabajo de parto y el puerperio.

Se presenta antes, durante y después del parto creando situaciones de angustia en las gestantes, que puede generar una experiencia traumática en las embarazadas que demandan los servicios ginecobstetricos, puede generar de igual forma entornos laborales tensos entre el personal de salud, que a su vez pueden acarrear intervenciones y gastos administrativos innecesarios para el sistema de salud. Es así que la prevención de este tipo de violencia, además de dignificar el papel de la mujer, evita algunas situaciones de conflicto interpersonal y potenciales gastos innecesarios en salud.

En contraposición, tratar a las mujeres sin contar con su participación, sin comunicarse con ellas o mintiendo deliberadamente para que sus decisiones se ajusten a los prejuicios, valores o necesidades económicas del sistema de salud, es reducirlas al estado de objetos que requieren alimentarse de los pedazos de mundo digeridos por otros lo que supone que el personal sanitario no considera establecer un intercambio cara a cara con una persona sino con una paciente en términos genéricos, desprovista de individualidad e incapaz de tomar sus propias decisiones, en la mayoría de los textos los que así actúan, aun bajo la apariencia de un paternalismo beneficiante, no son sujetos desprovistos de intereses, valores y compromisos de trasfondo, estas personas no dialogan, utilizan el lenguaje para dar órdenes, indicaciones, instrucciones, señalizaciones, para producir comportamientos, ejecutar funciones, en pocas palabras para hacer que la paciente obedezca, lo que se justifica con el argumento de que las gestantes no saben nada o no entienden de su proceso de atención en salud; en estas condiciones el intercambio médico-paciente es unidireccional, preconfigurado y su finalidad es técnica; los sentimientos, placeres y temores quedan formalmente excluidos lo que deshumaniza a atención en salud, y en el extremo, cuando el lenguaje técnico médico se emplea con el propósito de confundir, atemorizar o manipular, las palabras responden a intereses concretos y se convierten en instrumentos agresivos, que pueden

producir mucho daño a las gestantes (García-Moreno & Stöckl, 2009) (Valenzuela, 2013) (Senna & Tesser, 2016)

Es frecuente el uso del recurso argumentativo de la sobredemanda de atención y la escasez de recursos en el sistema de salud para justificar el maltrato en las instituciones públicas; sin embargo, aun reconociendo que la atención obstétrica en instituciones de salud se caracteriza por exceso de trabajo e insuficiencia de recursos y aun aceptando la existencia del error en el proceso de atención, lo que las pacientes y familiares reclaman es que el personal de salud actúe en forma comprometida y responsable, que agote los medios disponibles que brinda la ciencia en forma correcta, cuidadosa y exacta para lograr su objetivo de la mejor manera posible y que los mantenga informados en forma clara, veraz y oportuna de la situación en salud con un trato acorde a su condición de seres humanos dotados de razón y sentimientos. Esto se traduce en respeto a su dignidad como agentes morales, dotados de razón y voluntad libre, no se busca sustituir al personal de salud en el proceso de toma de decisiones, busca que exista un proceso de atención en salud basado en un trato humano y respetuoso de la vida (Ardila Romero, 2013) (Erice, 2010) (Chandramathi Majety, 2016).

En un contexto general se ha señalado que la práctica de la medicina, se encuentra estimulada del espíritu del beneficio común, de la no maleficencia y es portadora de intereses altruistas, sin embargo, anidada en la cotidianidad de la institución médica, ocurre una amplia gama de maltratos en contra de las mujeres gestantes, particularmente en las instituciones prestadoras de servicios de salud que se agrupan bajo la denominación de violencia institucional, entendida como aquella que provoca daños físicos y psicológicos a las personas, como resultado de condiciones inadecuadas en el trato que se les brinda a las pacientes (Cortes Díaz, 2010) (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2012)

6. CONCLUSIONES

Se puede concluir que la violencia obstétrica en el mundo equivale a todas las acciones y conductas que deshumanizan y minimizan a las mujeres durante todo su proceso de embarazo, parto y la etapa posterior y son cometidas por el sistema de salud tanto público como privado además este tipo de violencia se manifiesta a través de malos tratos, humillaciones, no proporcionando información sobre los tratamientos y tiene como consecuencia la pérdida de libertad, autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad. Muchas de estas experiencias pueden resultar traumáticas y van más allá de las mujeres embarazadas, ya que los malos tratos también pueden ser dirigidos a sus familiares. Muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación.

La violencia obstétrica va más allá de ser un problema de salud, sino que envuelve la esfera social y se convierte en una violencia contra la mujer, más allá de sus roles en la sociedad. La mujer desea ocupar su rol natural de ser madres; la violencia obstétrica se presenta cuando el servicio de salud pone en primer lugar el proceso de dar a luz por encima de las personas y las emociones involucradas, lo que quiere decir, únicamente se tiene en cuenta la visión médica sin compartirla y acompañarla con la experiencia de vida para las mujeres, sus familias y para el propio bebé; es entonces cuando la relación asimétrica que existe entre las mujeres y los profesionales de la salud revela una desigualdad, tanto simbólica como real, que dificulta el ejercicio de los derechos básicos de la mujer.

En este tipo de violencia a las mujeres se les quita toda su identidad individual, se cosifican, son un cuerpo teniendo otro cuerpo. Se silencia su voz y el personal médico tiene toda la razón y verdad, por encima de lo que ella piensa y siente; este momento es especialmente vulnerable para ellas, más allá de la experiencia completa que implica, durante todo el tiempo depositan su vida y la de su hija/o en manos de todo un sistema que a su vez las minimiza e ignora según lo evidenciado.

Las pacientes obstétricas, en los casos de procedimientos médicos invasivos y no justificados sufren consecuencias físicas, además de ser sometidas a un dolor que no deberían experimentar con consecuencias tales como desgarros mayores, disfunción del esfínter anal y dolor en las relaciones sexuales, que sumado a lo anterior demuestra que se debe tener humanización en la prestación de los servicios de ginecología y obstetricia para poder evitar todo este tipo de violencias que dejan resultados trazadores para las mujeres y su proceso natural de ser madres.

Las mujeres deben ser protagonistas de sus embarazos, partos y postpartos, para ello se debe dejar a un lado la idea de que el parto es solo un proceso médico, resaltando que es un proceso humano que requiere la atención de la medicina.

En este sentido, como conclusión general, es importante respaldar la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en 2014 se pronunció alertando sobre el trato irrespetuoso que sufren en muchas ocasiones las mujeres y ha propuesto cinco medidas para combatir este tipo de violencia contra las mujeres:

- Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.
- Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.
- Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto.
- Es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso.
- Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.

En el caso Colombiano se debe llevar a cabo una reflexión en torno al trato que se les está brindando a las gestantes durante sus procesos médicos, para de esta manera erradicar de todo el sistema de

VIOLENCIA OBSTÉTRICA POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD. REVISIÓN SISTEMÁTICA 2000-2016.

salud este tipo de comportamientos que causan detrimento a una atención en salud con calidad en el país (Almonte García, G. 2016).

Bibliografía

- Aguilar, J. M., d'Oliveira, A. F., & Schraiber, L. B. (2013). Institutional violence, medical authority, and power relations in maternity hospitals from the perspective of health workers. *Cadernos de Saúde Pública*, 2287-2296.
- Aguirre Crespo, A., Moreno Ramirez, B., Rivero, K., Blancas Mari, C. L., Badillo Perry, S. D., Gonzalez Borge, L., & Marzuca Hoyos, J. M. (2013). LA ATENCIÓN DEL PARTO: PODER, DERECHOS, VIOLENCIA. *REVISTA SALUD QUINTANA ROO*, 21-25.
- Almonte García, G. (2016). VIOLENCIA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA. LA MEDICALIZACIÓN DEL CUERPO FEMENINO. *Decsir*, 1-10.
- Ardila Romero, D. C. (2013). *Entre reproducción y sexualidad. Representaciones del sistema reproductor humano en textos escolares de ciencias naturales (1967-2007)*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 145-169.
- Belli, L. F. (2013). Violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Red Bioética*, 29- 32.
- Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., & Cavada, G. (2009). *Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile*. Santiago de Chile: Elsevier.
- Bledel, C. C. (2011). *Cuerpos enajenados*. Santiago del Estero, Argentina : Barco.
- Bowser, D., & Hill, K. (20 de Septiembre de 2010). *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse*. Boston, Estados Unidos de America.
- Britos Solian, C., & Lopez Anton, S. (Julio de 2016). EL PODER DEL PARTO La Violencia Obstétrica desde los aportes del Trabajo Social Reflexiones sobre la realidad argentina. Madrid, España: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID .
- Bruyn, M. d. (2003). *La violencia, el embarazo y el aborto Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública*. Chapel Hill, Carolina del Norte. EEUU: Ipas.
- Carrillo, A. (2007). Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. *Revista Ciencias de la Salud*, 72-85.
- Chandramathi Majety, S. B. (2016). Challenges and barriers faced by women in accessing justice against obstetric violence. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 2899- 2903.
- Charlotte, W., Njiki, R., Abuya, T., Ndwiga, C., Maingi, G., Serwanga, J., . . . Bellows, B. (2013). Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13-21.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD. REVISIÓN SISTEMÁTICA 2000-2016.

- Cortes Diaz, D. (2010). Mortalidad materna y salud pública: décadas perdidas. *Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*, 167-171.
- Cuevas, M. C. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 147-162.
- DICK-READ, G. (1961). *CHILDBIRTH WITHOUT FEAR THE PRINCIPLES AND PRACTICE OF NATURAL CHILDBIRTH*. MEDICAL BOOKS.
- d'Oliveira, A., Diniz, S. G., & Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 1681-1685.
- Erice, J. E. (2010). Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos. En A. López, & R. Castro, *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina* (págs. 101-122). Montevideo: Udelar/CRIM-UNAM.
- Faneite, J., Feo, A., & Toro Merlo, J. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Revista de ginecología y obstetricia de Venezuela*, 4-12.
- fernández, p. (2016). el parto violento. *gineco1*, 3(1), 117-138.
- Garcia-Moreno, C., & Stöckl, H. (2009). Protection of sexual and reproductive health rights: addressing violence against women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 144-147.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2012). *OMISIÓN E INDIFERENCIA DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MÉXICO*. Obtenido de Violencia Obstetrica: <http://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf>
- Gutman, L. (2007). *Puerperios y otras exploraciones del alma femenina*. Buenos Aires: Editorial del Nuevo Extremo S.A.
- Herrera Vacaflor, C. (2016). Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 65-73.
- Hutson, R., & Foster, L. (21 de Octubre de 2013). *The Pregnant Elephant in the Room: The U.S. Maternity Care Crisis*. Obtenido de Grantmakers In Health: http://www.gih.org/files/FileDownloads/US_Maternity_Care_Crisis_FAM_October_2013.pdf
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2014). *Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto de Bajo Riesgo*. Ciudad de Mexico: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- J.D., F. D.-T. (2016). Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, 56-64.
- LEY 1257 DE 2008. (04 de Diciembre de 2008). Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se

- reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.
- Ley Nº 26.485. (11 de Marzo de 2009). *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Provincia de la Pampa, Argentina.
- LEY ORGÁNICA SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA. (25 de Noviembre de 2006). *Gaceta Oficial Nº 38.647*. Caracas, Venezuela.
- Martinez, j. (2013). parto amoroso. *gineco2*, 3(5), 118-129.
- Martins, A. d., & Barros, G. M. (2016). Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. *Revista Dor*, 215-218.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2006). Decreto 1011 de 2006. *Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud*. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.
- Monroy Muñoz, S. A. (2012). El continuo ginecobs-tétrico: experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; Facultad de Ciencias Humanas; Escuela de Estudios de Género.
- Moreno, S. Y. (2007). La violencia de género en las prácticas institucionales de salud afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 74-87.
- Nacer, Salud Sexual y Reproductiva; Departamento de Ginecología y ObstetriciaFacultad de Medicina. (2008). *CULTURA Y SALUD EN URABÁ: RETOS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. (06 de Enero de 1995). *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*. Ciudad de México, México.
- Núñez Pérez, D. F. (2016). LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y EL DERECHO A LA SALUD. *UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO; FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES; CARRERA DE DERECHO*. Ambato, Ecuador.
- Odent, M. (2009). *La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad*. Madrid: Obstatore.
- OMS. (Septiembre de 2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud web site: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
- Organización para la cooperación y el desarrollo económico. (2007). *Panorama de la salud 2007, Los indicadores de la OCDE*. Madrid: OCDE.
- Orueta Sánchez, R. S. (2011). Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 150-161.

- Pereira Carlota, D. A. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 81-90.
- Pozzio, M. R. (2016). La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstetrica. *Estudos Feministas, Florianópolis*, 101 - 117.
- Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. (2014). *Declaración de la OMS* (pág. 4). OMS.
- Sadler, M. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. *Cátedra UNESCO Género*, (págs. 15-66). Santiago de Chile.
- Sandoval, L. (2016). *La violencia obstétrica y el derecho a la salud reproductiva*. Universidad Técnica de Ambato.
- Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (25 de Agosto de 2004). Ley Nacional N° 25.929. *Parto Humanizado*. Buenos Aires, Argentina.
- Senna, L. M., & Tesser, C. D. (2016). Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 209-220.
- Teran, P., Castellanos, C., Gonzalez, M., & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 171-180.
- Valenzuela, S. (13 de Agosto de 2013). Violencia ginecológica. *El Espectador*.
- Vallana Sala, V. V. (2016). Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá. . Bogota, Cundinamarca, Colombia: Universidad Javeriana; Facultad de ciencias sociales.