

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i5.3402

Percepción de la violencia obstétrica en profesionales de salud de la amazonia ecuatoriana, año 2022

Obst. Jessica Alexandra Tufiño Macas

jessica236tm@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3163-8317>

Mgs. Shirley Tatiana Sánchez Chavaría

taluz35@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1958-761X>

Obst. Greys Milena Alban Araujo

greysmil1819@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-1600-1086>

Obst. Katherine Michaelle Piedra Utreras

mickautreras@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8156-2819>

Esp. Iván Mauricio Alcocer Ortega

ivanmauricioal@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-7411-720X>

Dr. Saul Darío Urgiles Cadme

saurgipm@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-4495-4178>

RESUMEN

Introducción: La violencia obstétrica constituye un problema de salud pública que necesita ser controlado y erradicado a nivel mundial, debido a que ha llegado a convertirse en una práctica irrespetuosa y abusiva, que ha sido normalizada por los trabajadores sanitarios de los diferentes niveles de atención. El **objetivo** de este estudio es analizar la percepción de los profesionales de salud acerca de la violencia obstétrica en las provincias amazónicas del Ecuador. **Metodología:** Es un estudio con enfoque cuali-cuantitativo. En la sección cuantitativa se utilizó un diseño bibliográfico- documental, descriptivo, prospectivo, transversal, no experimental. Mientras tanto, la sección cualitativa se utilizó un diseño fenomenológico. La población de estudio fueron profesionales de salud de las provincias amazónicas que completaron la encuesta online en el periodo enero julio del año 2022. El total de encuestados fue 300 profesionales de salud, y se realizó 3 entrevistas semiestructuradas a profundidad a profesionales de salud que atienden partos. **Resultados.** Se puso en evidencia que la violencia obstétrica es reconocida como violación de los derechos humanos. Finalmente, se pudo describir que persiste la violencia psicológica a través de juicios de valor, humillaciones, gritos y violencia física a través de maniobras inadecuadas como tactos vaginales, amniotomía y Kristeller.

Palabras Claves: violencia obstétrica; profesionales de salud; currículo oculto; salud; amazonía ecuatoriana.

Correspondencia: ivanmauricioal@gmail.com

Artículo recibido: día 25-10-2022. Aceptado para publicación: día mes 2022.

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están disponibles bajo

Licencia [Creative Commons](#) 

Como citar: Tufiño Macas, J. A., Sánchez Chavaría, S. T., Alban Araujo, G. M., Piedra Utreras, K. M., Alcocer Ortega, I. M., & Saul Darío, S. D. (2022). Percepción de la violencia obstétrica en profesionales de salud de la amazonia ecuatoriana, año 2022. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(5), 4387-4410.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i5.3402

Perception of obstetric violence in health professionals in the Ecuadorian Amazon, year 2022

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence is a public health problem that needs to be controlled and eradicated worldwide, because it has become a disrespectful and abusive practice, which has been normalized by health workers at different levels of care. The objective of this study is to analyze the perception of health professionals about obstetric violence in the Amazonian provinces of Ecuador. **Methodology:** It is a study with a qualitative-quantitative approach. In the quantitative section, a bibliographic-documentary, descriptive, prospective, cross-sectional, non-experimental design was used. Meanwhile, the qualitative section used a phenomenological design. The study population was health professionals from the Amazonian provinces who completed the online survey in the period January-July 2022. The total number of respondents was 300 health professionals, and three in-depth semi-structured interviews were conducted with health professionals who attend deliveries. **Results.** It became clear that obstetric violence is recognized as a violation of human rights. Finally, it was possible to describe that psychological violence persists through value judgments, humiliation, shouting and physical violence through inappropriate maneuvers such as vaginal examinations, amniotomy and Kristeller.

Keywords: obstetric violence; health professionals; hidden curriculum; Health; Ecuadorian Amazon.

INTRODUCCIÓN

La violencia es un término difícil de definir porque alrededor de ella giran mitos, ritos y paradigmas que no han permitido categorizarla universalmente. Por ello, resulta necesario señalar que a lo largo de la historia su definición ha pasado por varias disciplinas como la filosofía, psicología, criminalística, antropología, sociología, el derecho, etc. (Martínez 2016). En palabras de Elsa Blair probablemente “resulta vano querer aproximarse a una definición unívoca de un concepto que, a juzgar por la literatura existente, ha sido utilizado para definir una serie de fenómenos absolutamente disímiles” (Blair, 2009).

La violencia obstétrica constituye un problema de salud pública que necesita ser controlado y erradicado a nivel mundial, debido a que ha llegado a convertirse en una práctica irrespetuosa y abusiva, normalizada por los trabajadores sanitarios de los diferentes niveles de atención médica, la cual se ejecuta de forma rutinaria durante el embarazo, el parto y el postparto, contra los derechos humanos fundamentales de las gestantes como la autonomía, toma de decisiones, preferencias y dignidad.

La preocupación en torno al abuso de las tecnologías médicas y el maltrato a las mujeres en el contexto de la atención del embarazo, el parto y el posparto tiene antecedentes históricos y aún está presente en el debate público. Actualmente, ya son más de tres décadas que La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, organizaron la conferencia *sobre la tecnología apropiada para el parto*. La cual tuvo lugar en Fortaleza Brasil, en donde se dieron cita más de 50 participantes de diferentes profesiones obstetras, pediatras, comadronas, sociólogos, epidemiólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres, como resultado se generaron 14 recomendaciones generales y 16 específicas, las mismas que fueron publicadas en *Lancet* 1985;2:436-437 (Castro & Sonia, Violencia Obstétrica y Ciencias Sociales, 2022, pág. 37).

En 2014, la OMS declara que a nivel mundial 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, e informada sino que también vulnera sus derechos a la vida, a la salud, a la integridad física y a la no discriminación (OMS, 2014, págs. 1-3). Adicional, a ello indica de manera explícita el concepto de “violencia obstétrica”; además, afirmando que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna en la atención obstétrica y se respetó el derecho a una vida libre de discriminación, libre de violencia. (OMS, 2014, págs. 1-3)

En 2016, la OMS indica que la mejora de la calidad en la atención se debe realizar con base a la mejor evidencia disponible es un quehacer continuo, dentro del marco de calidad, a nivel mundial se reconoce la importancia y se impulsa a la adopción de modelos de atención perinatal centrados en la mujer y su bebé, donde el trato respetuoso y digno, la comunicación efectiva y el apoyo emocional son componentes esenciales de la calidad de la atención materna y neonatal (OMS, 2016).

Mientras tanto, en el año 2018, la OMS y OPS, promueven el concepto de embarazo y parto como una experiencia positiva, actualizando las directrices clínicas para la atención prenatal y el manejo del parto proponiendo, en base a la evidencia disponible un modelo de atención con un enfoque holístico, centrado en la mujer y basado en los derechos humanos universales, que promueve el trato materno y neonatal digno y respetuoso (OMS- OPS, 2018- 2019).

El presente texto consta de tres partes en la primera abordaremos el término violencia obstétrica como una construcción social de los movimientos feministas latinoamericanos, posteriormente, identificaremos cuales son los elementos que intervienen en la violencia obstétrica a través de la propuesta de Pierre Bourdieu y *habitus*, finalmente realizaremos la triangulación de datos cuantitativos, cualitativos y las conclusiones.

En la región de las Américas, la Violencia Obstétrica, ha sido analizada por varios autores como Roberto Castro, Sonia M Frías, Díaz y Fernández, Patrizia, Quattrocchi (2018). En donde Quattrocchi (2018), indica que los colectivos latinoamericanos son los que siembran la crítica ante la violación de los derechos sexuales y reproductivos durante el embarazo, parto y postparto en la década del noventa en países como: Venezuela (2007), Argentina (2009), México (2014), Brasil (2017), Uruguay (2017) y Ecuador (2018). El término “**violencia obstétrica**” se introduce de forma legal para proteger a las mujeres durante el embarazo, parto y postparto. El cual hace referencia a los actos violentos en el contexto del parto y del nacimiento categorizados como violencia física o psicológica, debido al uso injustificado de intervenciones médicas, trato deshumanizador y al abuso de patologización de los procesos naturales (Quattrocchi, 2018).

La violencia obstétrica en Venezuela, en el ámbito institucional tuvo su primer reconocimiento con la aprobación el 25 de noviembre de 2006 con la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la cual fue de gran trascendencia para que nuevos derechos protectores surgieran a partir de ello (Benítez, 2008). En Argentina, fue publicada la Ley de Protección Integral a las Mujeres (Ley N.º 26485) en el año 2009, dentro de ello se encuentra el artículo 6 donde menciona la violencia obstétrica de conformidad con la Ley N.º 25.929 (Valenzuela & De la Torre Rodríguez, 2019). De la misma manera en México, existe la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia que fue publicada el 1 de febrero de 2007 tras un largo proceso legislativo y que ha sido reformada constantemente de acuerdo con las necesidades de las distintas entidades federativas que apoyan la no violencia hacia la mujer, en específico la violencia obstétrica. Además, Díaz y Fernández (2018), expresan que pese a las reformas legislativas y políticas públicas establecidas a favor de la erradicación de la violencia obstétrica en estos tres países de Latinoamérica, la situación no es favorable porque no se han realizado los suficientes estudios, por ende, las tasas de violencia obstétrica siguen siendo altas y los profesionales de la salud no reconocen ser parte de la problemática.

Cabe indicar que en Europa la VO es discutido por las organizaciones de los derechos humanos y los movimientos sociales, con el fin de luchar por un parto más humano y

respetuoso, pero ningún país ha aprobado una legislación al respecto todavía. A pesar de la reciente implementación de Observatorios sobre violencia obstétrica en algunos países (Italia, España, Francia), el debate público y político sobre el tema es débil. (Quattrocchi, 2018)

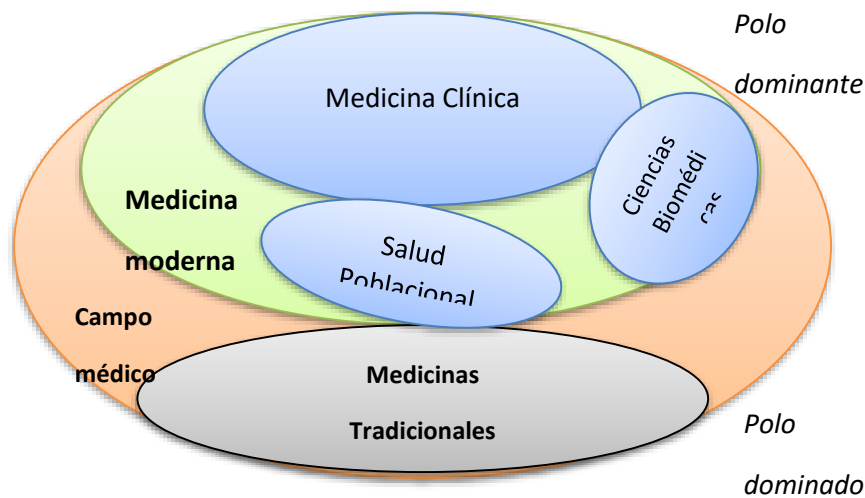
Roberto castro y Sonia Frías (2022), indican que la violencia obstétrica es un término que surge al fragor de los movimientos feministas, en particular aquellos que han puesto el acento en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. (Castro & Sonia, Violencia Obstétrica y Ciencias Sociales, 2022). Quienes abordan los componentes de la teoría bourdiana del hábitus en donde estable los siguientes componentes que influyen en el *hábitus médico* que es uno de los componentes que generan la violencia obstétrica

El hábitus es uno de los conceptos centrales de la teoría sociológica de Pierre Bourdieu. Por lo tanto, podemos entender por *hábitus* las "disposiciones" o esquemas de obrar, pensar y sentir asociados a la posición social, la cual es entendida como estratificación social en la cual un grupo de individuos comparten una característica común que los vincula social o económicamente, sea por su función productiva o "social", poder adquisitivo o "económico" o por la posición dentro de la sociedad (Martínez, 2017, pág. 75).

El campo, es un espacio social de acción y de influencia en el que confluyen relaciones sociales determinadas, estas relaciones quedan definidas por la posesión o producción de una forma específica de capital (poder), propia del campo en cuestión. Cada campo es en mayor o menor medida autónomo; la posición dominante o dominada de los participantes en el interior del campo depende en algún grado de las reglas específicas del mismo (Bourdieu, 1979).

Los agentes, son las personas particulares, pero dotados de "disposiciones transindividuales". Engendran prácticas objetivamente orquestadas que, en menos o mayor medida, se adaptan a exigencias objetivas (Bourdieu, 1979).

Gráfico 1. Componentes del campo médico



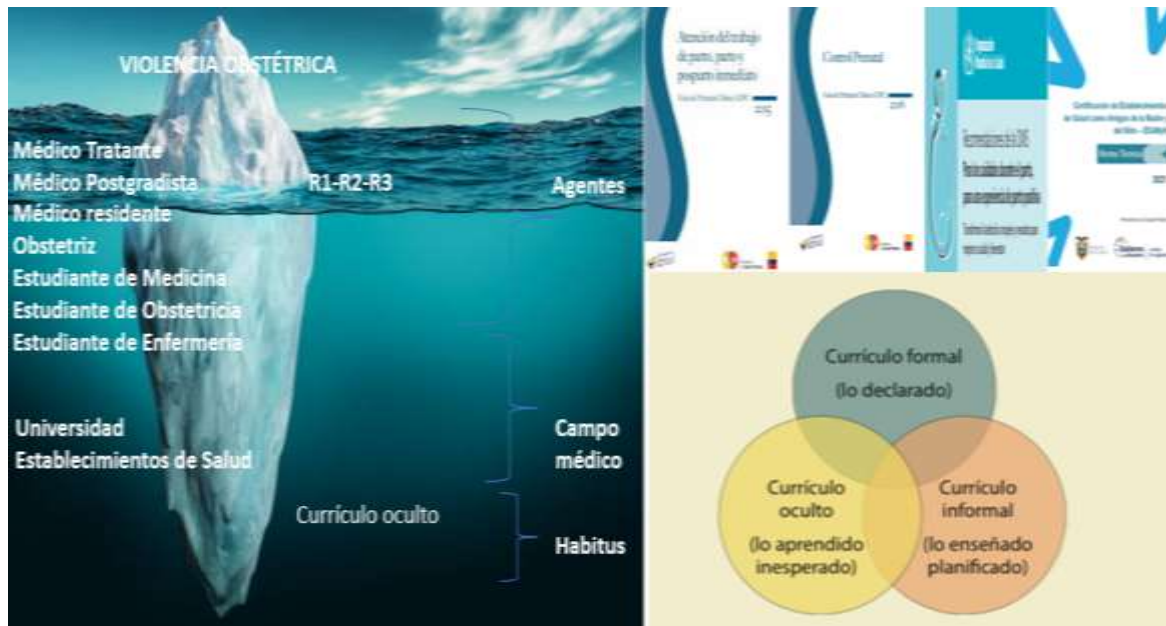
Fuente: Roberto Castro, (2016), *Sociología de la práctica médica autoritaria*.

Es fundamental, conocer que los agentes del campo médico: médicos, tratantes, post/gradistas, residentes; obstetras; enfermeros, etc, tienen una jerarquía establecida de acuerdo a la posición social legitimada por el colectivo sanitario, ella les otorga el reconocimiento social por medio del saber, este saber, es el poder que detentan los profesionales de la salud durante la atención del embarazo, parto y postparto.

Este poder es el que justifica sus acciones a través del saber técnico de la ginecología/obstetricia lo que da como resultado la normalización social de las atenciones poco respetuosas, no informadas e individualizadas durante la atención de la gestante.

En palabras más sencillas es cuando una mujer recibe atención médica durante su embarazo, parto y postparto en un establecimiento de salud de primer, segundo o tercer nivel de atención o campo médico y en él se efectúan gritos, malos tratos, comentarios burlescos, prácticas innecesarias como las cesáreas, la episiotomía de rutina, el enema de rutina, la sobre medicalización, etc. Finalmente, al terminar su atención la usuaria le da gracias al médico y al personal de salud que por desconocimiento permitió que se vulneraran sus derechos sexuales y reproductivos normalizando así de esta forma la violencia obstétrica en donde no se reconoce al agresor de las misma.

Gráfico 2. Análisis de la violencia obstétrica a través de los agentes sanitarios en el campo médico.



Elaboración: Equipo investigador

Fuente: Investigación bibliográfica

La violación de los derechos humanos se materializa en la violencia obstétrica, que se presenta durante la atención médica del embarazo, parto y postparto bajo el modelo médico hegemónico (MMH), el cual es reconocido desde finales de los años sesenta y se caracteriza por tener un corte biológico, patogénico y médico-centrista (Menéndez, 2020). Es fundamental conocer que él, se encuentra acentuado en los establecimientos de salud pública. Así mismo, el (MMH), en los sectores privados se ha enfocado en la mercantilización de la atención de la enfermedad y al constante incremento del costo e intervenciones innecesarias (Menéndez, 2020).

Esto se puede evidenciar por la práctica del parto por vía cesárea, que desde la década del 80 se consideró por parte de los profesionales de la salud de todo el mundo que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%, que desde ese entonces las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo (Organización mundial de la salud , 2015).

En Ecuador se han elaborado varias políticas, planes y estrategias a lo largo de los últimos 27 años, ejecutados con la finalidad de garantizar la salud materno-neonatal. Entre las más destacadas tenemos a La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el año 1994, cuyo objetivo fue garantizar el derecho de toda mujer a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. Posteriormente, en el año 2007, la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos señala que es necesario “disminuir las brechas existentes entre los enunciados de Derechos de Salud Sexual y Reproductiva y el ejercicio y goce de los mismos” (Ministerio de Salud Pública , 2004, pág. 27).

Seguidamente, en el año 2008, el Plan de Reducción de la Mortalidad Materna incorpora una serie de intervenciones clínicas basadas en evidencia científica en la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal. Se realizó la actualización de las normas de Atención Materna y Neonatal a través de la elaboración de un manual de estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materna-infantil (Ministerio de Salud Pública, 2008). En el mismo año, la Asamblea Nacional reconoce el derecho a la integridad personal en su art. 66 donde señala:

(...) una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como privado, asumiendo un rol fundamental en la garantía y protección de derechos, para lo cual ha definido leyes, políticas y otras medidas de índole social cuya finalidad es la prevención y sanción de toda forma de violencia hacia las mujeres (Distrito Metropolitano de Quito, 2017, pág. 7).

En el mismo año entra en vigencia la Estrategia de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE), creada con la finalidad de asegurar que todas las madres y recién nacidos tengan acceso las 24 horas del día de los 365 días al año a los cuidados obstétricos esenciales de calidad. Cinco años más tarde, se logró que esta estrategia deviniera en norma con un enfoque familiar e intercultural.

Posteriormente, en el año 2011 se presentó la Estrategia Intersectorial de Prevención de Embarazo Adolescente y Planificación Familiar (ENIPLA). Creada con un enfoque de género, dicha estrategia promovía los derechos sexuales y reproductivos de la población ecuatoriana, a fin de incrementar la capacidad en la toma de decisiones libres y responsables en la población sobre sexualidad y reproducción. También se integró a grupos históricamente excluidos como la comunidad LGTBI. Se obtuvo buenos resultados, entre estos la disminución de un 6 % de embarazos en adolescentes de entre 15 y 19 años. Sin embargo, en el año 2015, la estrategia fue sustituida por el Plan Familia mediante el Decreto Presidencial 491, dirigido por la exasesora presidencial Mónica Hernández como directora, donde priorizaba la importancia de los valores morales y la familia (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2012). Por ello, tras esta sustitución se vio afectado el enfoque de derechos sexuales y reproductivos invisibilizando varias formas de violencia hacia la salud de las mujeres, dentro de las cuales se enmarca la violencia obstétrica.

En el año 2016, la Asamblea Nacional del Ecuador inició el debate sobre la Ley Orgánica para la atención humanizada del embarazo, parto y postparto. Con esta norma, se buscaba la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones de su maternidad, además de impulsar el protagonismo en las decisiones sobre su parto en instituciones públicas y privadas, y regular las prestaciones sanitarias. Del mismo modo, con este proyecto de ley se aspiraba a definir lo que es la violencia obstétrica, sin embargo, la falta de conocimiento de esta problemática por parte de los profesionales de la salud y de las mujeres impidió la formulación de estrategias que ayuden a mejorar la salud materna (Borja, 2017, pág. 10).

En el año 2018, la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres hace la siguiente mención sobre violencia ginecobstétrica:

Se considera a toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos. Se expresa a través del maltrato, de la imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas o la violación del secreto profesional, el abuso de medicalización, y la no establecida en protocolos, guías o normas; las acciones que consideren los procesos naturales de embarazo, parto y postparto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres en toda su diversidad y a lo largo de su vida, cuando esta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico (Asamblea Nacional, 2018).

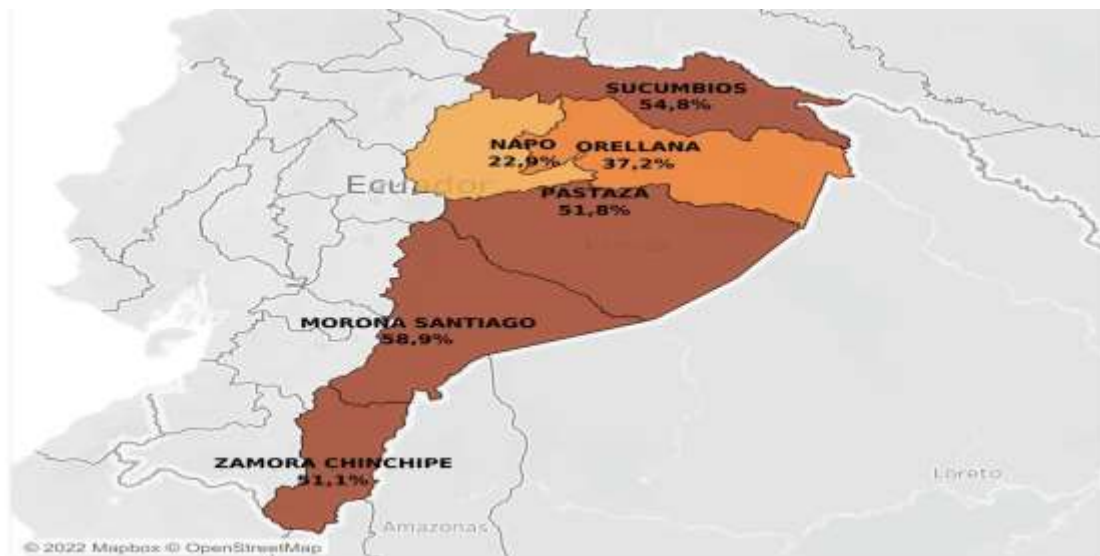
Hay que precisar que la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2018) en Ecuador es integradora no solo toma el embarazo, parto y postparto, sino que la integra con la violencia ejercida sobre los derechos sexuales y reproductivos a lo largo de la vida de las mujeres, por lo que su definición es más amplia y es así que la define como violencia gineco-obstétrica y no como violencia obstétrica.

Cabe mencionar que en Ecuador el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en la Encuesta Nacional Sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género Contra las Mujeres, (ENVIGMU 2019), incluye dos nuevas secciones en comparación la encuesta de violencia 2012: una a mujeres mayores de 60 años y otra donde enmarca la violencia gineco-obstétrica como otro tipo de violencia en contra de la mujer (INEC, 2019, pág. 9).

Es así que, al analizar los datos obtenidos de la encuesta en la sección correspondiente a violencia obstétrica sobresale que tiene mayor incidencia en el área rural con un (46,5 %), mientras que, en el área urbana representa el (39,9 %) (INEC, 2019, pág. 36); esto evidencia que es mayor en las zonas rurales donde confluyen la pobreza, el analfabetismo, la discriminación, etc.

La amazonía ecuatoriana, está constituido por 6 provincias: Sucumbíos, Orellana, Napo, Pastaza, Morona Santiago y Zamora Chinchipe. En referencia a violencia obstétrica se evidencia el mayor porcentaje de mujeres que han recibido violencia obstétrica a lo largo de su vida en Morona Santiago (65,2%), Sucumbíos (60,5%), Pastaza (51,8%), Zamora Chinchipe (51,1%), Orellana (37,2%) Napo (22,9%) (INEC, 2019).

Gráfico 3. Violencia Obstétrica en la región amazónica del territorio ecuatoriano.



Fuente: Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres “(ENVIGMU) 2019

Elaborado por: Saúl Urgilés Cadme

Finalmente, para dar cumplimiento a todo lo anteriormente expuesto se establece la Normativa técnica de Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño (2021). Esamyn, la cual es una herramienta que busca un abordaje integral para mejorar la calidad e integralidad de la atención prenatal, promover el parto y el nacimiento de forma respetuosa basado además en una adecuada atención de las emergencias obstétricas y neonatales, prevención de la transmisión vertical de VIH y sífilis además del fomento, apoyo y protección de la lactancia materna. En donde el que no conoce sobre ella esta perpetuando la violencia obstétrica durante su atención (MSP, 2021).

Con este antecedente podemos señalar que los profesionales de salud conocen la problemática de la violencia obstétrica pero no creen que forman parte de ella. Por lo que este estudio nos permitirá analizar la percepción de los profesionales de salud acerca de la violencia obstétrica en las provincias amazónicas del Ecuador, con la finalidad identificar como se han normalizado las prácticas violentas y humillantes en profesionales de salud que se forman y actúan bajo el Modelo Médico Hegemónico (MMH).

Por lo que el propósito del estudio es dar a conocer que los profesionales de salud podemos incidir de forma directa e indirecta en la generación de violencia obstétrica y es necesario un cambio de actitud en la atención obstétrica para erradicar la VO.

METODOLOGÍA

El enfoque de la investigación es de tipo mixto cuali-cuantitativo. La parte cuantitativa se desarrolló bajo dos modalidades: bibliográfica- documental y trabajo de campo. En la primera sección se utilizó bibliografías como libros, textos, artículos de revistas indexadas, sitios web e información recopilada de múltiples bases de datos digitales para elaborar los fundamentos teóricos de la investigación y el marco normativo de la misma. La revisión bibliográfica estuvo enfocada en textos sobre cómo la violencia de género y como ella impacta los derechos humanos de las mujeres, en específico, la violencia obstétrica. Se revisó la normativa nacional e internacional en relación con la ley de maternidad gratuita y cómo fue su desarrollo a través del tiempo hasta la actualidad.

Mientras tanto, en el trabajo de campo se aplicó un cuestionario de 21 preguntas dividida en tres categorías el primer nivel de conocimiento sobre violencia obstétrica 7 preguntas: observación de actos de violencia obstétrica en su formación 7 preguntas y la tercera actos ejecutados de violencia obstétrica 7 preguntas que se aplicó a través de la técnica de encuesta. Este instrumento fue validado a través de un grupo focal con los miembros de la Asociación de Obstetras Promotores por el cambio, en dos sesiones, en donde se invitó a profesionales obstétricas que laboran en el sector público y privado, con la finalidad de discutir, reformular y validar los objetivos y las preguntas elaboradas en el cuestionario semiestructurado y por juicio de expertos, tres especialistas en la temática de violencia obstétrica.

El instrumento validado se aplicó a 50 trabajadores de salud que atienden gestantes en las 6 provincias amazónicas. Los datos recolectados en una matriz de Excel para luego ser procesada a través del programa SPSS 2.0

En la parte cualitativa se utilizó un diseño fenomenológico y se aplicaron tres entrevistas semiestructuradas a trabajadores de la salud que atienden partos que fueron elegidos mediante la técnica de muestreo no probabilístico: un médico, un obstetra y una licenciada en enfermería, quienes desarrollan sus funciones en turnos de 24 horas cada cuatro días en la atención del parto en establecimientos de salud del MSP de la Provincia de Napo, Orellana y Morona Santiago.

Los métodos utilizados para abordar la percepción sobre violencia obstétrica en los profesionales de salud que trabajan en los establecimientos de salud del MSP fueron dos. El primero fue el inductivo-deductivo, método basado en la lógica, relacionado con el estudio de hechos particulares y que está conformado por dos procedimientos: la inducción y la deducción. La inducción es una forma de razonamiento en la que se pasa del conocimiento de casos particulares a un conocimiento más general, mientras que la deducción es lo opuesto porque pasa de un conocimiento general a uno más específico o denominado conocimiento particular.

El segundo método utilizado es el de la triangulación de datos que, siguiendo a (Hernández, Fernández, & Baptista, 2016), constituye una interpretación y fundamentación concreta basada en la combinación de los datos obtenidos en la investigación cuantitativa y cualitativa, además de las teorías científicas que dan soporte a la investigación. Este método puede ser temporal (se relaciona con los datos recogidos en distintas fechas para comprobar si los resultados son constantes); espacial (hace

relación con los datos recogidos que se hacen en distintos lugares para comprobar coincidencias) y finalmente el personal que se relaciona con la diferente muestra de sujetos.

El cuestionario fue aplicado mediante la técnica de la entrevista que para (Supo, 2012), es la evaluación que se realiza al individuo que no puede pasar inadvertido de su participación, por lo que se requiere del consentimiento informado para su participación. La entrevista puede ser estructurada si cuenta con una guía. Esta técnica es utilizada únicamente cuando la unidad de estudio es un individuo. Este estudio nos permitió conocer de manera confidencial y real cuáles son las percepciones de los trabajadores de salud de establecimientos de salud que atienden partos en la provincia de Napo.

Finalmente, en lo que respecta a las consideraciones éticas, el estudio no afectó la integridad física, psicológica y emocional de quienes participaron, ya que se obtuvo un consentimiento informado y se utilizó un cuestionario semiestructurado explicitando su uso. Además, se solicitó la autorización respectiva a los participantes del estudio para proceder con la recolección de información. Por lo tanto, se respetaron los principios de libre decisión en la participación. De igual modo, se han ocultado bajo seudónimos las verdaderas identidades de los participantes a fin de protegerlas de forma codificada.

Para la presentación de los resultados de las entrevistas se agruparon las expresiones en núcleos de sentidos sobre la percepción de los profesionales de salud entrevistados. Las personas entrevistadas tienen entre 20 y 65 años, se trata de un hombre y dos mujeres: un médico, una obstetra y una licenciada de enfermería, dos personas trabajan en establecimientos de salud que atienden partos.

Criterios de Inclusión: Profesionales de salud deseen participar voluntariamente en el estudio, profesionales de salud que atiendan a gestantes en la consulta externa de sus unidades de salud y profesionales de salud laboren en las provincias amazónicas del Ecuador más de un año.

Criterios de Exclusión: Profesionales de salud del área administrativa de las direcciones distritales y zonales de salud.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En los resultados del trabajo se pudo apreciar que la violencia obstétrica es reconocida como un tipo de violencia ejecutada por profesionales de salud como: médicos, obstetras, enfermeros, auxiliares de enfermería, entre otros, independientemente su sexo o grupo etario. En relación al nivel de conocimiento el (79%) de los profesionales de salud reconocen que es violencia obstétrica y un (45%) conocen sobre la ley de erradicación de violencia contra la mujer en el Ecuador, (81%) de los encuestados se mantienen actualizados en las normativas de la OMS, OPS y MSP, el (88,67%) creen indispensable se implemente la cátedra de violencia obstétrica en el currículo formal en su formación.

En relación a los actos violentos observados por los profesionales de salud, podemos señalar que el (98,67%) de los encuestados han observado actos violentos durante su formación, y de esos actos violentos el (44,67%) fueron cometidos por médicos, (32,33%) por obstetricas y el (23,00%) por licenciadas en enfermería. Estos actos el (60%) fueron aprendidos en establecimientos de salud, el (23,33%) en la universidad durante la formación. Los actos violentos que más se han observado son palabras ofensivas en un (42%), los tactos vaginales a repetición en un (33,00%) y Kristeller en un (25,00%).

En relación a los actos realizados por los propios profesionales de salud, el (99,33%) de los participantes han realizado violencia obstétrica, como: malos tratos (44,67%), episiotomía (33,67%) Kristeler (15,67%). Finalmente, el (99,00%) de los profesionales se niegan haber realizado actos violentos, el (0,67%) recibió represalias por no ejercer un acto violento y el (68,67%) le ha afectado negativamente en la atención de su práctica médica.

ILUSTRACIONES, TABLAS, FIGURAS.

Tabla1. Resultados de la Encuesta IA2022 sobre violencia obstétrica, realizada a profesionales de salud de las provincias de Napo, Orellana, Pastaza, Sucumbíos, Morona Santiago y Zamora Chinchipe, en el primer semestre del año 2022.

N= 300		Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad	20 -49 años	233	77.41%	
	50-64 años	56	18.60%	
	Más de 65años	11	3.99%	
Sexo	Hombre	113	37.67%	
	Mujer	187	62.33%	
Autoidentificación	Indígena	57	19.00%	
	Mestiza	193	64.33%	
	Afrodendiente	42	14.00%	
	Montubio	8	2.67%	
Profesión	Obstetra	137	52.69%	
	Médico	64	24.62%	
	Enferma	59	22.69%	
Tipología de establecimiento de Salud	Puesto de salud	34	11.33%	
	Centro de Salud TIPO A,B,C	218	72.67%	
	Hospital Básico	37	12.33%	
	Hospital General	11	3.67%	
Experiencia en atención en sanitaria	1 – 5 años	94	31.33%	
	6- 10 años	167	55.67%	
	11- 15 años	26	8.67%	
	Mas de 16- 20 años	13	4.33%	
	Nivel de Conocimiento			
Conoce el término violencia obstétrica	Si	237	79.00%	
	No	63	21.00%	
Conoce acerca de la Ley de Erradicación de Violencia en el Ecuador	Si	137	45.67%	
	No	163	54.33%	
A participado en el curso de la Normativa de Víctimas de Violencia 2018	Si	243	81.00%	
	No	57	19.00%	
Las normativas abordan la prevención de actos irrespetuosos contra la gestante	Si	163	54.33%	
	No	137	45.67%	
Existe la necesidad de Implementación en la academia del currículo formal el módulo de violencia obstétrica	Si	266	88.67%	
	No	34	11.33%	
Actos Violentos Observados				
Ha observado actos violentos en la atención del embarazo, parto y postparto	Si	296	98.67%	
	No	4	1.33%	
Por quien ha observado actos violentos a la gestante	Médico	134	44.67%	
	Enfermera	69	23.00%	
	Obstetra	97	32.33%	
En la práctica preprofesional donde cree usted se aprenden estos actos violentos contra la gestante	Universidad	70	23.33%	
	Centros de salud	180	60.00%	
	Ambos	50	16.67%	
Actos Violentos que ha observado ejecutar por profesionales de salud	Palabras ofensivas /gritos	126	42.00%	
	Tactos vaginales	99	33.00%	
	Kiristeler	75	25.00%	
Actos Violentos realizados				
Ha ejercido violencia obstétrica	Si	2	0.67%	
	No	298	99.33%	
Que tipos de actos	Tactos vaginales a repetición	134	44.67%	
	Episiotomía	119	39.67%	
	Kristeler	47	15.67%	
	Se negó a realizar	2	1.00%	
Por negarse recibió represalias	Si	2	0.67%	
	No	298	99.33%	
Le han afectado negativamente a su práctica médica diaria	Si	206	68.67%	
	No	94	31.33%	

Fuente: Encuesta de Violencia Obstétrica 2022

Elaborado: Iván Alcocer Ortega

Se puede evidenciar que, en referencia a los determinantes sociodemográficos, el grupo etario de 20-49 años, se presenta con mayor porcentaje con un (77,41%), el sexo femenino con un (62,33%), el (64,33%) se autoidentifican como mestizos, el (52,90%) son obstetras, el (72,67%) desempeñan sus funciones en un centro de salud tipo A, B, C y el (55,67 %) en referencia a su experiencia laboral es de 5 a 10 años, en relación al nivel de

conocimiento sobre el término violencia obstétrica el (79,00%) reconoce el término, el (98,00%) ha observado algún acto de violencia obstétrica en su formación y práctica diaria. Para terminar, el (0,67%) ha ejecutado algún acto de violencia obstétrica en su formación como tactos vaginales a repetición un (44,67%), episiotomía un (39,67%) y Kristeller un (15,67%).

Lo que concuerda con la investigación realizada por Iván Alcocer, Violencia obstétrica en el Hospital San José de Taisha (2021), en donde se indica que Los participantes en la investigación demostraron tener una cierta sensibilidad hacia el tema de la violencia obstétrica e identificaron como tal a las prácticas de maltrato físico, maniobras inadecuadas como Kristeller, episiotomía, amniotomía, etc.; maltrato psicológico como gritos y juicios de valor; discriminación; aceleración de los tiempos en procesos normales, etc. También subrayaron que la violencia obstétrica puede ser efectuada durante el embarazo, parto y postparto en establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención y que no existe un real interés institucional para erradicarla. Además, se pudo evidenciar que no hay un protocolo sobre violencia obstétrica. Existe un protocolo acerca de la Atención Integral en Violencia de Género emitido en el año 2014 y el personal de salud está familiarizado con los protocolos de atención de la salud materna, que en su mayoría guardan relación con el modelo biomédico. Dichos protocolos no problematizan las actitudes adoptadas por el modelo biomédico. Pocas son las guías de práctica clínica que abordan la violencia de género con un enfoque integral de derechos sexuales y reproductivos, no discriminación, intercultural, etc. Es necesario entender que, al no existir un protocolo de esa naturaleza, se seguirá incurriendo en prácticas inadecuadas durante el embarazo, parto y postparto (FLACSO, 2021)

A continuación, se describe la información recopilada a través de las entrevistas a los trabajadores de las tres categorías a indagar.

- Nivel de conocimiento
- Actos de violencia obstétrica observados
- Actos de violencia obstétrica realizados

¿Usted sabe qué es la violencia obstétrica?

Alfa señala que, la violencia obstétrica es: “toda conducta o acción ejercida por un profesional hacia las mujeres embarazadas” (...) cuando realizan procedimientos que no se deben realizar como: episiotomía, aplicar medicamentos como: oxitocina, misoprostol durante el trabajo de parto (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 13 de enero del 2022).

Beta manifiesta que son: “acciones, actitudes, palabras que dañan la integridad emocional o física durante la atención a la mujer embarazada, parturienta o puerpera y a su bebe” (...) “no respetar las creencias de cada cultura durante el parto” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 17 de marzo de 2022).

Gamma indica que: “es cuando el médico, enfermera, otros causan daño a una embarazada de forma física como la episiotomía o Kristeler y de forma psicológica a través de gritos o malos tratos (...) mala conducta, maltrato verbal, físico de la salud de la paciente “es una mala práctica médica” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 23 de junio de 2022).

La Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2018) hace la siguiente mención sobre violencia ginecobstétrica:

Se considera a toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos. Se expresa a través del maltrato, de la imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas o la violación del secreto profesional, el abuso de medicalización, y la no establecida en protocolos, guías o normas; las acciones que consideren los procesos naturales de embarazo, parto y postparto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres en toda su diversidad y a lo largo de su vida, cuando esta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico (Asamblea Nacional, 2018).

Al analizar las respuestas, se puede manifestar que los profesionales de salud tienen percepciones amplias sobre la definición de violencia obstétrica, cada uno la define de manera breve tomando en consideración dos puntos básicos: la violencia física a través de la mala práctica médica; y la violencia psicológica a través de los malos tratos verbales.

En relación con el planteamiento, ¿ha presenciado alguna vez el maltrato a una embarazada durante su formación y su ejercicio profesional? ¿Por parte de quién ha presenciado el maltrato de una embarazada durante su formación?

Alfa expresa: “si observé en mi externado como un médico tratante que durante el paso de visita les decía a las embarazadas que porque tienen tantos hijos deben planificar, porque solo traen hijos al mundo a sufrir, que no tienen televisión, se reían otros médicos ” (...) (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 13 de enero del 2022).

Beta menciona: “si una enfermera, le negaba ayuda a una embarazada indígena Kiwcha que había tomado agua de canela, **la parturienta** “le decía doctora ayúdeme me duele la espalda” la doctora le dijo ahora te aguantas quien te dijo te tomaras eso” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 17 de marzo de 2020).

Gamma indica: “hay colegas que recriminan a las pacientes por que acuden a emergencia al parto sin el registro de los controles, sin exámenes de control y a veces solas”. (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 23 de junio de 2022).

Roberto Castro (2018), indica que la educación médica, sobre todo la del currículum oculto se fundamenta en el castigo como forma de transmisión de los conocimientos; ahí se incorporan las jerarquías y por ello se aprende a funcionar en ellas y a defender su existencia de manera espontánea, pre-reflexiva, pues se aprende a verlas como algo “lógico” (Castro & Joaquina, Sociología de la práctica médica autoritaria, 2015, p. 134).

Con este antecedente, se puede analizar que todos los participantes han presenciado observado VO durante sus años de formación. Esto, a través de tratos irrespetuosos hacia las pacientes ejercido por sus tutores, quienes se suponía eran los que debían brindarles las herramientas clínicas, teóricas y éticas en la atención de las gestantes.

¿Usted se ha sentido forzada a participar de alguna manera en una situación de violencia obstétrica durante su formación? ¿Y en su trabajo?

Ante esta interrogante, Alfa contesta: “sí, en mi internado en el pase de visita se nos indicaba que realicemos el tacto vaginal a las embarazadas de piso, aunque ya les hayan hecho en emergencia en periodos menores de 4 horas (...) (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 13 de enero del 2022).

Según Beta: “sí, he participado de forma indirecta en realizar violencia obstétrica al pasar a quirófano una paciente cuando no ameritaba cesárea, sin indicarle lo que estaba sucediendo. Esto por orden de un “médico superior”(Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 17 de marzo de 2022).

Gamma señala: “sí, he colaborado en generar violencia obstétrica, una profesora nos decía que todas las embarazadas hay que hacerles episiotomía para que el parto se haga rápido (...) no recuerdo cuantas me toco suturar esas episiotomías realizadas de forma innecesaria (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 23 de junio de 2022).

Desde la perspectiva foucaultiana se explica que el poder esta categorizada “como un producto ideológico, basado en una hegemonía del saber/poder que detentan los profesionales médicos y en una apropiación del cuerpo de las mujeres a través de un sistema de salud altamente jerarquizado” (Lafaurie, 2019, pág. 7).

Es así, que podemos analizar que todos los participantes durante su formación médica han formado parte de la violencia obstétrica de forma directa o indirecta hacia las usuarias por inducción de sus líderes de servicio. Además, se puede evidenciar que al no realizar estos procedimientos se invalidan como profesionales ante sus colegas y profesionales de mayor jerarquía por no cumplir con lo establecido como normal o correcto.

¿Se sintió afectada/traumatizada por alguna vivencia durante su formación o durante su trabajo?

Alfa señala que: “si recuerdo que llegó una paciente afrodescendiente con el bebe coronado, ella se quejaba mucho la obstetrix le dijo que se callara porque se quejaba mucho, la **obstetrix**, le dijo que si seguía gritando no le iba ayudar (...) la obstetrix, me dijo a mi compañero de guardia que estaba de observador que le hagamos Kristeller a la

paciente, porque debemos ayudarlo a parir (...) le hicimos Kristeller una y otra vez y así hasta terminar el parto. (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 13 de enero del 2022).

Mientras Beta rememora: “no me quedan recuerdos que durante mis años de formación me hayan traumatizado hasta la actualidad (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 17 de marzo de 2022).

Gamma refiere que: “si tengo malas experiencias, pero no tengo un recuerdo que me cause daño en el momento de mi desempeño” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 23 de junio de 2022).

Rodríguez Czaplicki (2018), en el texto “Los traumas psicológicos del parto violento y la débil protección de la justicia a las mujeres”, argumenta que las secuelas de un “parto violento”, tal y como lo definen las defensoras de los derechos sexuales y reproductivos, trascienden el cuerpo. A veces, las consecuencias físicas se solventan con ayuda de obstetras y fisioterapeutas, pero cuando unas mujeres han sufrido un trauma grave necesita la ayuda psicológica profesional.

Al analizar las respuestas se puede concluir que no todos los trabajadores de la salud fueron marcados por actos de violencia obstétrica, uno de los tres profesionales de salud que atienden partos entrevistados se generó un trauma psicológico en su formación. Finalmente, no todos los profesionales de salud entrevistados tienen un sentimiento de culpa, por no haber detenido el acto de violencia obstétrica en ese momento.

En relación con los procedimientos realizados durante el parto, ¿cuáles son indicados y cuáles no?

Sobre este tema, Alfa indica que: “los procedimientos que son aceptados son los que tiene que ver con el acompañamiento, la libre posición, corte del cordón umbilical, la entrega de la placenta y los no justificados como la episiotomía, Kristeler, amniotomía (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 13 de enero del 2020).

Beta menciona que: “en el parto se deben aplicar procedimientos médicos para mantener estable a la paciente además de ello el acompañamiento, la deambulación, el corte del cordón umbilical la entrega de la placenta” (...) y en relación a lo que no se debe hacer indica las episiotomías de rutina, tactos a repetición ruptura de membranas, no informar sobre el corte del cordón umbilical y entrega de la placenta (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 17 de marzo de 2022).

Gamma señala: “la libre posición, el alivio del dolor, respeto de los tiempos de dilatación, la ingesta de agua y alimentos, corte del cordón umbilical, entrega de placenta, apego precoz, lactancia en el primer minuto (...) lo que no se debe realiza “episiotomía, el Kristeler, los tactos y las cesáreas” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 23 de junio de 2022).

El MSP (2015), en la *Guía de práctica clínica del trabajo de parto, parto y postparto inmediato*, desaconseja realizar la maniobra de Kristeller en la segunda etapa del parto. Adicional a esto, la OMS señala que la evidencia actual no muestra diferencias

significativas en la duración promedio de la segunda etapa de trabajo de parto entre mujeres a las que se realizó la maniobra de Kristeller y las que no se les realizó. En otras palabras, no existe beneficio al realizarla, pero sí aumenta el riesgo de morbilidad fetal.

Al analizar las perspectivas de los profesionales de la salud con respecto al tiempo del parto, se evidencia que es vital el respeto de los períodos de dilatación y expulsivo. Es importante señalar que hay opiniones contradictorias, en su mayoría se manifiesta que se respeta los tiempos de cada usuaria, pero también hay una opinión que señala que además de no respetar los tiempos se realizan maniobras innecesarias que han sido desaconsejadas por la OMS, como la ruptura prematura de membranas y la maniobra de Kristeller.

En relación con el planteamiento ¿Las prácticas culturales son una barrera para que se cumpla el parto respetado? ¿Qué prácticas culturales cree que pueden obstaculizar el parto respetado en la amazonia ecuatoriana?

Alfa señala que: “las creencias culturales si impiden la atención del parto, debido a que no se permite muchas veces que se atienda el parto por un profesional de salud calificado, lo hacen con una partera en la comunidad” (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 13 de enero del 2022).

Beta explica que: “el machismo es el principal inconveniente para la atención a las gestantes porque los hombres deciden sobre el cuerpo de las mujeres y sobre su sexualidad las utilizan solo para tener hijos” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 17 de marzo de 2022).

Gamma señala: “las costumbres de los shuar y achuar son muy arraigadas, los esposos no acompañan a los controles prenatales, no permiten que se les realice acciones como revisar su parte genital, Papanicolau, revisar los senos en los establecimientos de la salud (...) el machismo es bastante fuerte” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 23 de junio de 2022).

Según (Rodríguez, 2015) Estudios previos muestran que la multiculturalidad en el ámbito sanitario suscita ciertas cuestiones que los sanitarios tienen que manejar en su práctica. Así, sabemos que gran parte de los profesionales conceptualizan las situaciones de contacto cultural como acontecimientos conflictivos, estresantes o peligrosos

Con base a lo expuesto ¿En su formación recibió malos tratos por otros profesionales? ¿Y esto afectó en su desempeño en la atención del Parto?

Alfa señala: “sí, cuando yo hice mi primer parto en un centro de salud del sur de Quito una enfermera me decía que no toque los campos, que no ponga las manos en chailon, que no toque las piernas de la embarazada, al final terminé tocando y me dijo que por mi culpa ya se infectó el parto (...) me puse más nervioso al momento de realizar el parto y no me concentraba al final no puede terminar el parto, me ayudo un médico a culminar el parto, por eso no me gusta atender partos. Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 13 de enero del 2022).

Beta si recuerdo que: “un ginecólogo me dijo que mientras haga el parto le vaya diciendo los pasos que ese proceso debe seguir en frente de la paciente y eso me ponía más nervioso y al final me dijo que si estos seguros lo que estoy haciendo porque no era así (...) me sentí muy mal era como si no supiera nada” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 17 de marzo de 2022).

“Gamma señala: “si recuerdo que en la atención de un parto expulsivo no me puse guantes y entre al quirófano así, me dijo que mientras no sepa como atender el parto ya no vaya a las prácticas (...) me dijo que era un irresponsable que la señora puede tener alguna enfermedad todo en delante de la parturienta (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 23 de junio de 2022).

VOCES – GRITOS- LUCES INTENSAS
MIEDO-INSEGURIDAD –OBSERVACIÓN DE EXTERNOS-TACTOS
VAGINALES **DOLOR-TENSIÓN-**
HUMILLACIONES-AMNIOTOMIA-
PRÁCTICAS INADECUADAS-
GRITOS-HUMILLACIONES-
FALTA DE
ACOMPañAMIENTO-
MEDICALIZACIÓN EXCESIVA -
EPISOTOMIA-VOCES FUERTES-
ORDENES - DISCRIMINACIÓN-KRISTELER-TORTURA -
PATERNALISMO-MÉDICO

CONCLUSIONES

- En esta investigación se analizó los datos obtenidos de la encuesta IA2022, sobre la percepción de violencia obstétrica, aplicada a profesionales de salud que atienden a gestantes en la consulta pública en las provincias amazónicas del Ecuador, además, se describió la percepción sobre violencia obstétrica en profesionales de salud de las provincias de Napo, Pastaza y Morona Santiago, a través de un cuestionario aplicado bajo la técnica de la encuesta, a profundidad a profesionales de salud que atienden partos. Los participantes de la investigación demostraron tener una cierta sensibilidad hacia el tema de la violencia obstétrica e identificaron los actos irrespetuosos (gritos, comentarios negativos, insultos, etc) que se brindan en la atención del embarazo en la atención prenatal y seguimiento del mismo parto como el maltrato físico, maniobras inadecuadas como Kristeller, episiotomía, amniotomía sobre medicalización. Lo más importante fue identificar que la falta de información tanto a pacientes como familiares, maltrato psicológico como gritos y juicios de valor; discriminación; aceleración de los tiempos en procesos normales, etc son parte del quehacer médico diario. En el post parto al no permitir acompañamiento de un familiar.
- Se identificó que en los establecimientos de salud de diferentes niveles de atención, no existe un compromiso de incluir el módulo de violencia obstétrica en el currículo de formación de los mismos. Además, se pudo evidenciar que no hay un protocolo sobre violencia obstétrica vigente. Empero, existen protocolos que visibilizan la problemática de la salud materna desde el enfoque de derechos, género e interculturalidad.
- Se determinó que las percepciones de los profesionales de salud de las provincias amazónicas en relación a la violencia obstétrica manifiestan que las creencias culturales, el idioma, la cosmovisión son el mayor obstáculo para mejorar la atención médica, durante el embarazo parto y postparto, ya que dificultan su atención ante un diagnóstico de alto y muy alto riesgo.

LISTA DE REFERENCIAS

- Asamblea Nacional. (2018). *Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres*. Suplemento, Quito.
- Benítez, G. (2008). Violencia Obstétrica. *Revista de la Facultad de Medicina UCV*, 31(1), 5-6.
- Blair, E. (2009). Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición. *Política y Cultura*, 9-33.
- Borja, C. (2017). Violencia Obstétrica: percepciones de las prácticas de atención de salud. *Universidad San Francisco de Quito*.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinción*. Madrid.

- Castro, R., & Joaquina, E. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria*. Cuernavaca: CLACSO. Recuperado el 23 de Diciembre de 2021, de ["http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20170511032438/pdf_1464.pdf"](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20170511032438/pdf_1464.pdf)
- Castro, R., & Sonia, F. (2022). *Violencia Obstétrica y Ciencias Sociales* (Vol. I). Cuernavaca, México: Aracely Loza Pineda. Recuperado el 21 de Junio de 2022, de <https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/view/27/294/883-1>
- Documental Enipla Plan Familia* (2016). [Película]. Ecuador. Recuperado el 12 de Mayo de 2020, de <https://www.youtube.com/watch?v=py2gReQAAB0>
- Faneite, J. (2012). *Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud*. Venezuela.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2012). *Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA)*. Quito.
- Galtung, J. (1990). La violencia: cultural, estructural y directa. *Journal of Peace Research*, 27(3), 291-305.
- INEC. (2019). *Encuesta Nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres*. Quito.
- Lafaurie, M. (2019). La violencia obstétrica en la literatura de las Ciencias Sociales en América Latina. *Revista Gerencias y Políticas de Salud*, 18(36), 7.
- Library. (2022). *Pensar en la subjetividad desde la literatura*. Obtenido de <https://1library.co/article/agente-illugio-teor%C3%ADa-habitus-pierre-bourdieu-conceptos-relacionados.yrkxjooz>
- Martínez, J. (2017). El Habitus una visión analítica. *Revista Internacional de Sociología*, 75(3), 75. Obtenido de <https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/680>
- Menéndez, E. (16 de Junio de 2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 11(15), 2-6. doi:<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Ministerio de Salud Pública . (2004). *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública . (2008). *Guía Técnica del Parto Culturalmente Adecuado*. Quito : MSP.
- Ministerio de Salud Pública . (2019). *Atención Integral a Víctimas de Violencia Basada en Género y Graves Violaciones a los Derechos Humanos*. Quito. Recuperado el 16 de Junio de 2022, de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC-00040-2019%20SEPT%2010.pdf>

- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Guía Técnica del Parto Culturalmente Adecuado*. Guía de Práctica, Quito. Recuperado el 8 de Junio de 2020, de <https://www.cappalatinoamerica.com/docs/guadepartoec.pdf>
- MSP. (2021). *Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño – ESAMyN*. Quito: Conasa.
- Olza, I. (1 de Enero de 2012). *IBONE OLZA*. Recuperado el 2 de Marzo de 2020, de <https://iboneolza.org/>
- OMS. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Washintong. Recuperado el 12 de Enero de 2022, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf
- OMS- OPS. (2018- 2019). *Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Ginebra.
- Organización de las Naciones Unidas. (1993). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. París.
- Organización mundial de la salud . (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Ginebra .
- Quattrocchi, P. (2018). VIOLENCIA OBSTÉTRICA. APORTES DESDE AMÉRICA LATINA. VIII(1). Recuperado el 12 de Mayo de 2022, de <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/index>
- Supo, J. (2012). *Seminarios de Investigación Científica para la ciencias de la Salud*. Perú. Recuperado el 2 de Septiembre de 2020, de file:///C:/Users/lenovo/Downloads/kupdf.net_investigacion-cientifica-joseacutesupopdf.pdf
- Valenzuela, A., & De la Torre Rodríguez, A. (2019). "Violencia obstétrica". *LUXMÉDICA*, 14(41), 43-58.