



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Tema:

“Percepción de la violencia obstétrica informada por las mujeres atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, en el año 2023”

Autoras:

Md. Martina Jaramillo

Md. Andrea López

Directora de tesis:

Esp. Alexandra Guerra Sandoval

Tutor Metodológico:

Msc. Hugo Pereira

Quito, 2023

Dedicatoria

A mi hija Victoria Rafaela, quien ha sido mi amor y fortaleza para nunca dejarme vencer de los obstáculos y poder llegar a ser un ejemplo para ella. Todos mis esfuerzos y logros son y serán siempre para mi pequeña.

A mi esposo Gustavo, que siempre fue mi apoyo y soporte en cada etapa de mi realización profesional.

A mis padres: Salvador y Pilar, que todo el tiempo me han inculcado la superación personal y me han motivado a esforzarme y dedicarme constantemente en mi vida. Además, de haber cuidado con mucho amor a mi hija en mis momentos de ausencia por mi trabajo y mis estudios.

A mis hermanos: Salvador y María Emilia, les agradezco por estar siempre en mi vida, ser mis mejores amigos y mejores maestros de la vida.

Martina Pilar Jaramillo Correa

A Dios quien ha permitido que culmine esta carrera tan anhelada y me ha dado la fortaleza para pasar obstáculos en este camino llamado vida.

A mis padres Francisco y Jenny quienes han estado a mi lado de manera incondicional apoyándome y alentándome a seguir adelante en todos los aspectos.

A mis hermanos Javier y Francisco por volverse mis amigos y por creer en mí y en mis capacidades.

Andrea Estefanía López Palma

Agradecimientos

Agradecemos a todas las autoridades y personal que hacen los servicios de Ginecología y Obstetricia en los diferentes hospitales de la ciudad de Quito por donde tuvimos el privilegio de realizar nuestra rotación, en especial por confiar en nosotras, abrirnos las puertas y permitir que parte del conocimiento adquirido sea plasmado a través de este trabajo de investigación.

De igual manera, nuestra gratitud con la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a toda la Facultad de Medicina y en particular al Posgrado de Ginecología y Obstetricia. A todos mis profesores y tutores que compartieron sus enseñanzas con profesionalismo y en especial a la Dra. Alexandra Guerra que nos guío en la etapa final de nuestro posgrado apoyándonos para culminar de excelente manera con esta investigación.

Finalmente, queremos expresar un sincero agradecimiento al Dr. Hugo Pereira, Dr. Adrián Lara y Dr. Antonio Heras, principales colaboradores durante todo este proceso, que nos brindaron dirección, conocimiento y aportes valiosos que permitieron el desarrollo de este trabajo.

Resumen

Introducción: La violencia obstétrica abarca las acciones y procedimientos dirigidos hacia las mujeres durante el período de embarazo, parto y posparto, tanto en entornos privados como públicos, que, ya sea por actos específicos u omisiones, son considerados violentos o generan una percepción de violencia.

Objetivo: Describir la percepción de la violencia obstétrica informada por mujeres que son atendidas en servicios de parto en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito.

Materiales y Métodos: El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal. Para determinar la muestra se realizó un muestreo por proporción donde el tamaño de población correspondió a 4500, la proporción esperada a 45%, obteniendo un total de 351 participantes. Se incluyeron variables sociodemográficas, obstétricas y de violencia obstétrica. Para evidenciar la percepción de la violencia obstétrica se utilizaron 6 estándares de desempeño y sus respectivos criterios de verificación. Las 6 categorías de violencia obstétrica incluyeron atención no consentida, atención no confidencial, abuso físico, atención no digna, atención discriminada y desatención. Se recogió la información de pacientes en puerperio inmediato que fueron atendidas por parto o cesárea en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito.

Resultados: A partir de la recopilación de datos, se logró obtener la información de los 351 participantes. Se identificó un promedio de edad de las participantes de 26.33 ± 6.23 años. La mayoría de las pacientes tenía como mayor nivel de estudios alcanzados a la secundaria, católicas y mestizas. Más de la mitad residían en zonas urbanas, cuentan con un nivel socioeconómico medio, eran primíparas y tuvieron partos vaginales. La violencia obstétrica se percibió en el 46.44% del total de mujeres que cursan puerperio inmediato. Se encontró asociación estadística significativa entre el nivel educativo, la residencia y el nivel socioeconómico con la violencia obstétrica. También se determinó relación estadística significativa entre el tipo de institución pública y la VO.

Conclusión: La violencia obstétrica se percibió en el 46.44%. El alto porcentaje de violencia obstétrica percibido fue causado, principalmente, porque a muchas puérperas no se les permitió tener un acompañante de su elección. La medición de la violencia obstétrica recibida por las mujeres durante el parto es esencial para comprender el alcance del problema y las formas de abordarlo.

Palabras clave: violencia obstétrica, embarazo, atención al paciente.

Abstract

Introduction: Obstetric violence encompasses actions and procedures directed at women during the period of pregnancy, childbirth, and postpartum, both in private and public settings, that are considered violent or give rise to a perception of violence, whether through specific acts or omissions.

Objective: To describe the perception of obstetric violence reported by women receiving care in childbirth services at two public hospitals in the city of Quito.

Materials and Methods: The study was a descriptive cross-sectional design. Sample size determination was based on proportionate sampling, with a population size of 4500 and an expected proportion of 45%, resulting in a total of 351 participants. Sociodemographic, obstetric, and obstetric violence variables were included. To assess the perception of obstetric violence, 6 performance standards and their respective verification criteria were used. The 6 categories of obstetric violence included non-consensual care, non-confidential care, physical abuse, undignified care, discriminatory care, and neglect. Data were collected from immediate postpartum patients who underwent delivery or cesarean section at the two public hospitals in the city of Quito.

Results: Data collection from 351 participants revealed an average age of 26.33 ± 6.23 years. Most participants had completed secondary education, identified as Catholic and mestizo. Over half resided in urban areas, had a medium socioeconomic level, were primiparous, and had vaginal deliveries. Obstetric violence was perceived by 46.44% of women in immediate postpartum. A statistically significant association was found between educational level, residence, socio-economic level, and obstetric violence. A significant statistical relationship was also determined between the type of public institution and obstetric violence.

Conclusion: Obstetric violence was perceived by 46.44% of participants. The high percentage of perceived obstetric violence was mainly attributed to many postpartum women being denied the presence of a chosen companion. Measuring the obstetric violence experienced by women during childbirth is essential for understanding the extent of the problem and addressing ways to tackle it.

Keywords: obstetric violence, pregnancy, patient care.

Índice de contenidos

CAPÍTULO I.....	1
1 ANTECEDENTES.....	1
1.1 Justificación.....	1
1.2 Problema de investigación.....	3
1.3 Pregunta de investigación.....	5
CAPÍTULO II.....	6
2 MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 Violencia obstétrica.....	6
2.2 Medición.....	8
2.3 Abuso físico.....	9
2.4 Atención no consentida.....	10
2.5 Atención no confidencial.....	10
2.6 Atención no digna.....	11
2.7 Discriminación.....	11
2.8 Desatención.....	12
2.9 Factores individuales y comunitarios.....	13
2.10 Revictimización.....	17
2.11 Falta de estudios que evalúen las consecuencias de la falta de respeto, el abuso, el maltrato y la violencia obstétrica.....	18
2.12 Normativa ESAMyN.....	19
CAPÍTULO III.....	23
3 OBJETIVOS.....	23

3.1	Objetivo General.....	23
3.2	Objetivos Específicos	23
3.3	Hipótesis.....	23
CAPÍTULO IV		24
4	METODOLOGÍA.....	24
4.1	Diseño de la investigación	24
4.2	Población y tamaño de muestra.....	24
4.2.1	Población.....	24
4.2.2	Muestra	24
4.3	Criterios de inclusión	25
4.4	Criterios de exclusión	25
4.5	Recolección de datos	25
4.6	Definición de variables.....	25
4.7	Matriz de variables.....	26
4.8	Procedimiento para el cumplimiento de los objetivos planteados.....	26
4.9	Manejo de datos	26
4.10	Instrumento para la recolección de la información	27
4.11	Validez y confiabilidad del instrumento	27
4.12	Análisis de la información	27
4.13	Consideraciones éticas y de género	28
4.13.1	Anonimización de datos.....	28
4.13.2	Uso exclusivo de la información para la investigación	29
4.13.3	Consentimiento informado	29

CAPÍTULO V	30
5 RESULTADOS	30
CAPÍTULO VI	42
6 DISCUSIÓN.....	42
CAPÍTULO VII	46
7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
7.1 Conclusiones	46
7.2 Recomendaciones	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS.....	59

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Componentes y pasos de la normativa ESAMyN.</i>	20
Tabla 2 <i>Parámetros para determinar la muestra.</i>	24
Tabla 3 <i>Frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas y obstétricas de las pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.</i>	31
Tabla 4 <i>Percepción de la violencia obstétrica de acuerdo a las variables sociodemográficas de las pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.</i>	32
Tabla 5 <i>Prueba de T-Student entre la edad y la VO de las pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.</i>	33
Tabla 6 <i>Percepción del abuso físico por parte de pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.</i>	33
Tabla 7 <i>Percepción de la atención no consentida por parte de pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.</i>	34
Tabla 8 <i>Percepción de la atención no confidencial por parte de pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.</i>	36
Tabla 9 <i>Percepción de la atención no digna por parte de pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.</i>	37
Tabla 10 <i>Percepción de discriminación por parte de pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.</i>	38

Tabla 11 *Percepción de desatención por parte de pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.* 39

Tabla 12 *Percepción de violencia obstétrica por parte de pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.* 40

Índice de figuras

Figura 1 <i>Matriz de variables</i>	26
Figura 2 <i>Histograma de edad de las pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.</i>	30
Figura 3 <i>Distribución porcentual de la percepción de violencia obstétrica por parte de pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.</i>	40

Índice de anexos

Anexo 1 <i>Operacionalización de variables.</i>	59
Anexo 2 <i>Consentimiento informado.</i>	61
Anexo 3 <i>Instrumento.</i>	65

CAPÍTULO I

1 ANTECEDENTES

1.1 Justificación

Las disciplinas de salud, en particular aquellas vinculadas al ámbito de la atención obstétrica, han establecido una conexión cada vez más estrecha entre la intervención médica y la medicalización durante el embarazo, el parto y el puerperio. Estas prácticas de enfoque positivista respaldan y prolongan la violencia hacia los cuerpos de las mujeres, vulnerando así sus derechos humanos y su autonomía. (1–3)

Precisamente el mal comportamiento por parte de los trabajadores de salud es considerado como un problema recurrente. Dentro de la atención irrespetuosa se pueden diferenciar las actitudes hostiles, mala comunicación, atención sin el consentimiento, abandono de la atención, falta de privacidad y en ciertos casos, problemas psicológicos y físicos en las parturientas. Afulani et al. en el año 2017 mencionan que estos aspectos pueden ser considerados como factores importantes para la mala calidad de atención y se encuentran asociados con una mayor mortalidad neonatal y materna.(4–6)

Sin embargo, la nomenclatura de Violencia Obstétrica (VO) es diversa, y la comunidad científica ha destacado este problema, respaldándose en movimientos feministas y en el fortalecimiento de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres. Actualmente, los profesionales médicos muestran una fuerte resistencia a abordar este tema, ya que la posible práctica de VO se etiqueta como una "práctica inapropiada", cuando en realidad se trata de una cultura profesional. (7)

Es relevante señalar que las investigaciones más amplias y significativas sobre VO se han llevado a cabo en el continente africano. Un ejemplo de ello es el estudio llevado a cabo por Adinew et al. en 2021 en Etiopía, donde identificaron siete categorías distintas de comportamientos abusivos y falta de respeto que las mujeres atendidas durante el parto reportaron. Estas categorías incluyeron atención no consensuada, abuso físico, atención no digna, atención no confidencial, discriminación, detención en las instalaciones y abandono de la atención. La falta de respeto y los diversos abusos sufridos por las pacientes se atribuyen a la normalización de estos comportamientos durante el parto, especialmente debido a la carencia de liderazgo, insuficiencias en la supervisión, la falta de fiscalización en las instituciones de salud, limitaciones de recursos económicos y humanos, y la falta de oportunidades para el desarrollo profesional de los trabajadores sanitarios. (8)

En el año 2017, Sethi et al. determinó la prevalencia de VO en relación con el maltrato y la falta de respeto hacia las mujeres durante el proceso de trabajo de parto y el propio parto en Malawi hallando que de las 2109 pacientes de 40 diferentes centros de salud y hospitales, el 73.1% no recibían la información adecuada en cuanto a los procedimientos que se le realizaron, el 58.2% no se les brindaba privacidad y al 83.2% no se le permitía contar con un familiar o persona cercana como apoyo en dichas circunstancias. En el análisis bivariado se determinó que había una mayor probabilidad de que a las pacientes no se les preguntara si contaban con alguna inquietud, esto en dependencia de si estaban en un centro de salud en comparación con un hospital (OR:2.40; IC95%: 1.06 – 5.44).(9)

Mapumulo et al. en el año 2021 mencionan que los comportamientos abusivos e irrespetuosos en el cuidado de la maternidad se encuentran extendidos a lo largo de todo el continente africano, encontrando prevalencias del 78% en Kenia y hasta del 98% en Nigeria. En Sudáfrica, el gobierno abordó este problema a nivel nacional e impuso instrumentos internacionales para de esta forma dar garantía de los derechos, proporcionando servicios de salud materna y reproductiva que sean de alta calidad y centrados en las necesidades de las mujeres. (10)

En el año 2019 en Latinoamérica, tras el análisis de 12 estudios realizados en cinco países se identificó una prevalencia promedio del maltrato a las mujeres que llegó a ser casi del 39%. En el estudio realizado en Venezuela por Pereira et al. establecieron que la frecuencia de la VO fue de casi el 26%, donde se veía un predominio de la violencia de tipo psicológico y encontrando que casi el 34.4% de las pacientes no fue debidamente informado acerca de los procedimientos que se les aplicarían.; a cerca del 66% no les solicitaron su consentimiento informado para la praxis médicas o quirúrgicas; la agresión física se dio en el 0.9% de los casos y casi el 80% no conoce cómo realizar una denuncia. En otro estudio realizado por Da Silva & Santana en el año 2017 en Brasil, investigación con enfoque cualitativo, se halló que la principal forma de VO fue de tipo psicológico, es decir, con la utilización de palabras y acciones que atendieron a las parturientas.(11–13)

Respecto a las investigaciones llevadas a cabo en Ecuador, Agualsaca realizó un estudio cualitativo en 2021, empleando entrevistas con mujeres que residían en áreas rurales de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, demostrando que la VO es naturalizada durante el parto y que no existe ningún reparo ante la justicia ecuatoriana. Se identificaron dos tipos de violencia, física y la psicológica constatando que el abuso es evidente y que los derechos de las mujeres atendidas se ven atentados. Villalba en el año 2021 realizó un estudio descriptivo correlacional donde se incluyó a 150 participantes de 3 hospitales de la provincia de Santa Elena, se identificaron casos de VO, en diferentes niveles, bajo, medio y

moderado para las dimensiones de procedimientos no consentidos, maltrato y autoritarismo, evidenciando que no hay una relación entre la VO y la percepción del cuidado materno respetuoso ($p>0.05$). En otra investigación realizada en el Hospital de Taisha, desde un enfoque fenomenológico, el autor concluyó que hubo maltrato físico y psicológico y maniobras obstétricas inadecuadas, discriminación y juicios de valor referentes a las pacientes.(7,14,15)

En Ecuador, a pesar de que los artículos 32 y 361 de la Constitución garantizan el derecho a la salud con políticas orientadas hacia la prestación de servicios de salud dignos y de calidad, y a pesar de que el Código Orgánico Integral Penal (COIP) contempla los tipos de violencia sancionados por la ley, hasta el momento no se ha incorporado el término "Violencia Obstétrica" (VO). En el año 2017, la Asamblea Nacional aprobó una ley para prevenir y reducir en la medida de lo posible cualquier forma de agresión contra la mujer, pero tampoco se incluyó expresamente el concepto de VO.(16–18)

La finalidad de esta investigación es poner en evidencia la problemática de la VO en un esfuerzo comparativo en dos instituciones de salud pública de Quito, con la finalidad de identificar la frecuencia y características de este tipo de violencia. Este es un problema latente que debe ser visibilizado, no con carácter punitivo, sino más bien para que se puedan establecer protocolos de prevención y manejo y para que estas acciones positivas se extiendan a otras casas de salud.

1.2 Problema de investigación

En diversas regiones del mundo, se ha observado que un considerable número de mujeres enfrenta un trato desconsiderado y despectivo durante el proceso de parto en entornos de atención médica. Esta situación no solo vulnera el derecho de las mujeres a recibir un cuidado digno y respetuoso, sino que también amenaza su derecho a la vida, la salud, la integridad física y a no ser objeto de discriminación. Es esencial adoptar medidas firmes para abordar este problema significativo que afecta tanto a la salud pública como a los derechos humanos. (19)

Según diversos estudios y reportes de entidades gubernamentales que han examinado las vivencias de las mujeres durante el embarazo, particularmente en el parto, se revela una situación preocupante. A nivel mundial, se informa que un número considerable de mujeres enfrenta un trato irrespetuoso, negligente u ofensivo en instalaciones de salud durante el proceso de parto. De acuerdo con los informes del Instituto Nacional de Salud Pública de México, aproximadamente el 33.4% de mujeres entre 15 y 49 años han experimentado malos tratos, agravios e insultos. En relación con la investigación de Aguasaca en 2021

basada en la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres en Ecuador, se revela que alrededor del 46.5% de las mujeres han experimentado o percibido tratos irrespetuosos y ofensivos en algún momento de sus vidas. Otro estudio realizado en unidades de salud pública en Quito por Brandao et al. en 2018 señala que al 50% de las pacientes no se les permitió participar en el apego temprano con sus recién nacidos y el 34.8% no recibió ningún tipo de apoyo para iniciar la lactancia materna. (14,20,21)

Por lo tanto, VO es el término que hace referencia a las conductas y prácticas que son realizadas a las mujeres que se encuentran cursando un embarazo, al momento del parto o en el puerperio, ya sea tanto en instituciones públicas como privadas, que por omisión o por acción resultan ser violentas o que en algunos casos se las pueda percibir como acciones violentas. Este tipo de violencia es en definitiva una discriminación de género, es decir, un atentado a los derechos humanos, tomando como principal protagonismo el rompimiento de los derechos sexuales, de salud y reproductivos de la mujer. La realización de estos actos deshumanizantes son un problema muy importante de salud pública del mundo, incluyendo al estado ecuatoriano, pues las agresiones físicas o psicológicas a mujeres en estado de gestación generan altos impactos sociales y económicos.(22,23)

La VO es un tipo de violencia institucional y muy bien estructurada basada en una cultura patriarcal, afectando a una gran diversidad de ámbitos, donde por supuesto se encuentran incluidas las ciencias médicas. A pesar de que es un tema muy controversial y que causa el rechazo de toda la sociedad, no es para nada nuevo, más bien ha permanecido durante mucho tiempo instaurado en todo nivel y ahora se lo ha evidenciado como un concepto novedoso. De acuerdo con estudios realizados se ha determinado que muchos profesionales de la salud no conocen lo suficiente sobre esta problemática y que aproximadamente el 80% de las usuarias desconocían el término. Además, cabe mencionar que no solo por desconocimiento ha pasado desapercibida la VO, sino también por factores sociales, históricos y culturales, pues se considera como una violación a la integridad de las mujeres, específicamente en una sociedad en donde se ha naturalizado el maltrato y el comportamiento indebido. Tampoco se debe pensar que la invisibilidad de estas prácticas estén relacionadas con bajas tasas de incidencia, sino más bien porque es complicado tener un registro de los casos que se producen todo el tiempo.(24,25)

La provisión de servicios de maternidad que sean respetuosos es una estrategia fundamental para prevenir el sufrimiento y las muertes maternas. Precisamente ahí radica el problema, en las percepciones y experiencias de mujeres atendidas en centros de salud con malas experiencias, lo que ha provocado que una cantidad importante de la población se

abstengan de utilizar los diferentes servicios que existen en salud y que son administrados por el estado(26)

Al ser un tema controversial y que cada vez se ha hecho más notorio, es importante realizar un estudio en donde se describa la percepción de la VO informada por mujeres que hayan sido atendidas en servicios de parto en dos hospitales de la ciudad de Quito, identificando sus características sociales y demográficas y comparando estos valores y de esta manera enriquecer el estado del arte en el campo de la ginecología.

A nivel internacional y nacional se registran documentos que abordan esta temática desde el año de 1970 como estudios descriptivos, analíticos, revisiones sistemáticas y metaanálisis. No obstante, cabe destacar que desde el año 2000 hay una elevación exponencial del número de documentos que se han publicado en los últimos 23 años. La finalidad de este estudio es describir la percepción de VO en dos hospitales públicos de Quito.

1.3 Pregunta de investigación

De acuerdo con lo mencionado y a toda la evidencia científica es fundamental plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo describen las mujeres que reciben atención en servicios de parto en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito su percepción de la violencia obstétrica?

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Violencia obstétrica

En la literatura, no existe un consenso unánime sobre la terminología y definición más apropiadas para describir los comportamientos irrespetuosos, abusivos, maltratos y actos de violencia dirigidos a las mujeres por parte de profesionales de la salud durante el embarazo y el periodo puerperal. Se han utilizado varios términos, siendo los más comunes "falta de respeto y abuso en el parto en centros hospitalarios", "maltrato a mujeres durante el parto en establecimientos de salud" y "violencia obstétrica". A menudo, estos términos se utilizan de manera intercambiable, aunque presentan críticas, definiciones y limitaciones distintas. (27,28)

De acuerdo con Afulani et al. la VO es un tipo de violencia de género omnipresente que se encuentra en los sistemas de salud, que principalmente afecta a las mujeres embarazadas durante y después del período intraparto, quebrantando los derechos humanos y la medicina basada en evidencia, obstaculizando la prestación de atención materna respetuosa. Este tipo de violencia puede manifestarse a través de la prestación de servicios sin el adecuado consentimiento, el uso de abuso físico, la atención que no respeta la dignidad, la falta de confidencialidad en la atención, la discriminación, la negligencia y otros factores de múltiples niveles, por lo tanto, si se lleva a cabo, podría influir en la decisión de la mujer de retrasar o evitar el uso de los servicios médicos correspondientes al embarazo y al puerperio inmediato, lo que significa un gran problema para los esfuerzos globales de reducir la morbilidad materna y lograr una cobertura universal de salud. (29)

El primer término utilizado para señalar situaciones de falta de respeto, maltrato y violencia cometidos por equipos de salud durante el embarazo y el parto fue "falta de respeto y abuso en el parto en instituciones". Esta expresión fue propuesta por Bowser & Hill en 2010 y ofrece una definición que abarca siete dimensiones distintas: abuso físico, atención no consentida, atención no confidencial, atención no digna (que incluye el maltrato verbal), discriminación basada en características específicas del paciente y abandono en la atención. (30)

Este término y su definición representaron los primeros intentos a nivel mundial de abordar y poner de manifiesto esta problemática. Fueron la base de una publicación significativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2015, titulada "La prevención y eliminación de la falta de respeto y el abuso durante el parto en instalaciones". Además, el establecimiento

de este término y su definición llevó al desarrollo de estudios epidemiológicos destinados a identificar y comprender más a fondo este tema, que en ese momento era poco estudiado. Sin embargo, tanto el término como su definición presentan algunas limitaciones. (31,32)

Es importante destacar que las categorías definidas resultan insuficientes para abarcar todas las formas posibles de falta de respeto y abuso, y la definición no hace mención de la intencionalidad del perpetrador, lo que representa una omisión crítica. Además, se centra en actos de falta de respeto y abuso exclusivamente en el contexto del parto y no considera que estos incidentes también pueden ocurrir durante la atención prenatal, el posparto, en situaciones de aborto y en otras situaciones que puedan abarcar otras patologías que requiera atención obstétrica. También se ha señalado que la operacionalización de las dimensiones propuestas es complicada y esto ha sido un obstáculo para proponer instrumentos que permitan su aplicación en estudios epidemiológicos. (33)

Cabe destacar que las formas de manifestación de la VO, determinadas por Bowser & Hill se correlacionan con el quebrantamiento de algunos derechos humanos, los mismos que sirven como marco analítico para estudios que buscan la incidencia de la VO. Por ejemplo: al abuso físico le corresponde el derecho humano de no recibir ningún tipo de daño ni malos tratos, para la atención no consentida es el derecho de información, el consentimiento informado, derecho a que se respeten las opciones y preferencias y libertad de coacción; en el caso de la atención no confidencial, se hace referencia al derecho a la confidencialidad y a la privacidad; en cuanto a la atención no digna, se alude al derecho a la dignidad y al respeto; en el tema de discriminación, se menciona el derecho a la equidad, a estar libre de discriminación y a recibir cuidado de manera equitativa; y finalmente, la desatención involucra el derecho a ser atendido de manera oportuna, el derecho al compañerismo y el derecho a recibir la asistencia sanitaria al más alto nivel posible. (34)

En todo el mundo, gracias a las iniciativas de maternidad segura, aproximadamente el 75% de las mujeres completan su embarazo con la asistencia de una partera calificada. El 66% de estas mujeres realiza al menos cuatro visitas prenatales a especialistas, y casi el 50% elige dar a luz en instituciones de salud. Aunque estos avances son significativos, no son totalmente satisfactorios, ya que las mujeres continúan enfrentando violaciones a sus derechos debido a servicios maternos ineficaces, ineficientes, a veces innecesarios, irrespetuosos y perjudiciales. Esta situación resalta la necesidad de realizar mejoras continuas en la atención materna. Las barreras para establecer normativas que mejoren la atención materna incluyen la presencia de personal no idóneo, capacitación deficiente, equipos obsoletos, infraestructura deteriorada, suministros limitados, pautas clínicas insuficientes y falta de adhesión a las normas preexistentes. (35–37)

La calidad de atención materna también se asocia con el acceso inequitativo y a destiempo de servicios, recursos e información, lo que lamentablemente termina en altas tasas de morbilidad materna. Lo contrario y en exceso también no está bien, pues esto se traduce en servicios de atención muy costosos, sobre medicalización y mala regulación de las intervenciones necesarias para un parto. La VO no está aislada, pues esta se relaciona estrechamente con las prácticas no basadas en evidencia, la violación de ciertos derechos humanos, las barreras de los sistemas de salud que afectan a la mejora de la calidad de atención a mujeres puérperas y las normas socioculturales de género que influyen en usuarios y proveedores del sistema de salud. (38,39)

2.2 Medición

La falta de consenso en la terminología y las definiciones utilizadas para abordar los actos de falta de respeto, abuso, maltrato y VO, junto con la falta de un instrumento validado para medir este fenómeno, añade una capa de complejidad a los estudios epidemiológicos y dificulta las comparaciones entre ellos. (40)

Hasta la fecha, han existido instrumentos reconocidos y ampliamente utilizados, como el de Mihret et al. o el de Borhen et al., utilizados ambos en varios países africanos. En segundo lugar, a pesar de que aborda tres de las siete dimensiones descritas (violencia psicológica, violencia física y discriminación), no especifica claramente en qué dimensión se insertan preguntas relacionadas con exámenes vaginales, métodos para aliviar el dolor, movilidad, nutrición y la presencia de alguien de elección de la mujer durante el parto. Adicionalmente, incluye un bloque de preguntas que engloba exigencias irrazonables, estructura tarifaria y negligencia, a pesar de que estas situaciones parecen no estar directamente relacionadas. (32)

Es relevante señalar que los creadores de los instrumentos mencionados no han ofrecido una explicación sobre si perciben sus conjuntos de preguntas como instrumentos fácticos o cuestionarios. Además, no se han llevado a cabo análisis de las propiedades psicométricas de dichos instrumentos ni se ha estructurado la información de manera sistemática para categorizar a las mujeres según la violencia que han experimentado. Por último, es importante destacar que ninguno de los instrumentos resulta apropiado para evaluar situaciones de maltrato durante la atención prenatal y los abortos. (32)

La falta de instrumentos validados y precisos para medir este problema impide una estimación precisa de su prevalencia y complica la comparación de datos entre diferentes estudios y poblaciones. Asimismo, complica el seguimiento a lo largo del tiempo y la

conducción de investigaciones enfocadas en los elementos de riesgo y en las repercusiones de estos sucesos en la salud tanto de mujeres como de recién nacidos. (41)

La falta de precisión en la estimación de la prevalencia de la Violencia Obstétrica (VO) y la dificultad en la comparación de datos son evidentes en varios estudios realizados. Por ejemplo, en la investigación llevada a cabo por Martínez et al. en 2022, se calculó una prevalencia de falta de respeto y abuso de alrededor del 25%. Este estudio tuvo en cuenta los siete indicadores propuestos por Bowser & Hill. En otro estudio propuesto por Mesenburg y colaboradores en 2015, se estimó una prevalencia del 18.30%, al considerar cuatro preguntas relacionadas con violencia verbal, violencia física e intervenciones no deseadas durante el parto. La disparidad en las prevalencias se atribuye principalmente a las distintas metodologías de medición empleadas. (42,43)

2.3 Abuso físico

La VO se manifiesta cuando un proveedor de atención de salud lleva a cabo conductas abusivas en detrimento de una paciente. Incluye acciones tales como fuerza excesiva, amenazas de violencia, agresiones verbales o físicas, aplicación de dolorosos pellizcos, restricción o inmovilización forzada durante el trabajo de parto, realización de episiotomías o suturas perineales sin anestesia adecuada, así como la aplicación de una presión excesiva. (44)

Según el artículo científico publicado por Okafor et al. se encontró que aproximadamente el 36% de las participantes incluidas los estudios informaron haber sufrido algún tipo de abuso físico durante el proceso de parto. Este abuso incluyó prácticas como atar a la paciente durante el parto, llevar a cabo episiotomías o suturas sin la debida administración de anestesia, así como el infligir dolor a través de pellizcos, bofetadas y golpes. (45)

Además, algunas mujeres también experimentaron situaciones de abuso sexual perpetrado por personal de salud. Es importante resaltar que este tipo específico de Violencia Obstétrica (VO) fue el más frecuentemente mencionado en el estudio, resaltando la urgencia de abordar este problema en la atención materna y fomentar un enfoque más compasivo y respetuoso hacia las mujeres durante el proceso de parto. Este hallazgo subraya la importancia de concientizar tanto a la sociedad como a los profesionales de la salud acerca de la VO y la necesidad de implementar medidas preventivas y de apoyo para asegurar un parto seguro y digno. (44)

2.4 Atención no consentida

La falta de atención consentida se define como la omisión de al menos una de las siguientes acciones: no proporcionar a las mujeres o a sus familiares la información adecuada acerca de los procedimientos médicos planeados o ya realizados; no obtener el consentimiento de las puérperas para llevar a cabo procedimientos ginecológicos como cesáreas, episiotomías, histerectomías, transfusiones sanguíneas, ligaduras de trompas o la inducción del trabajo de parto, así como la imposición de procedimientos médicos, como la cesárea, sin el consentimiento de la paciente. Estas situaciones se consideran como formas de VO dirigidas a las pacientes que han experimentado la falta de consentimiento. (44)

Asefa et al. en el 2018, encontraron que más del 50.30% de las participantes que formaron parte de la muestra informaron que les habían realizado procedimientos no consentidos. Estos procedimientos no autorizados incluyeron acciones como el aumento del trabajo de parto, la depilación del vello púbico, la realización de cesáreas, transfusiones de sangre y esterilización. Estos hallazgos resaltan la necesidad de abordar la falta de consentimiento informado en la atención materna y destacan la importancia de empoderar a las mujeres para tomar decisiones informadas y autónomas con respecto a sus cuidados médicos durante el proceso de parto y atención ginecológica. Esto resalta la necesidad apremiante de implementar medidas que aseguren el respeto a la autonomía de las pacientes y fomenten su participación activa en las decisiones vinculadas a su salud. (46)

2.5 Atención no confidencial

Cuando se vulnera la confidencialidad en la atención posparto de mujeres, se configura un caso de VO. Esto puede ocurrir de diversas maneras, por ejemplo, cuando se obliga a la paciente a dar a luz a su neonato en un espacio público sin salvaguardar la privacidad, como cortinas o puertas; o cuando los profesionales de la salud comparten información personal confidencial de las pacientes, como su edad, estado civil, historial médico y condiciones médicas con terceros que no tienen relación con el proceso de parto. (47)

En un estudio realizado por Asefa & Bekele del año 2015 se analizó la calidad de la atención respetuosa y libre de abusos en centros de salud de Etiopía y se reveló que en un preocupante 21.40% de los casos evaluados, los proveedores de atención de salud no proporcionaron un ambiente que preserve la intimidad de las mujeres embarazadas, al no utilizar cortinas u otras medidas de privacidad. Estos hallazgos subrayan la necesidad de promover un entorno de atención en el que se respete la confidencialidad y la privacidad de las pacientes, y destacan la importancia de abordar y prevenir la VO, asegurando que las mujeres reciban una atención digna y respetuosa durante el período posparto. Esto resalta la

urgencia de concientizar a los profesionales de la salud acerca de la importancia de preservar la confidencialidad y la privacidad en el contexto de la atención obstétrica. (48)

2.6 Atención no digna

La atención no digna se materializa cuando una mujer embarazada siente o experimenta de manera directa formas de VO que incluyen humillación deliberada, un trato áspero, reprimendas, gritos y la atribución de culpa. También se manifiesta cuando no se le permite tener al menos un acompañante en la sala de parto y se le prohíbe expresar su dolor y malestar mediante el llanto mientras enfrenta las intensas sensaciones propias del parto. (49)

Idris et al. en 2013, observaron que aproximadamente el 23.70% de las pacientes incluidas en su investigación informaron que los prestadores de servicios de salud habían mostrado una actitud negativa, deficiente y hostil en sus experiencias previas al parto. Esto incluyó situaciones en las que los profesionales habían empleado insultos sin provocación y habían demostrado insensibilidad hacia las necesidades y preocupaciones de las pacientes. (49)

Adicionalmente, Cunha et al. en 2017 encontraron que el 22.40% de las pacientes no tuvo la oportunidad de tener un acompañante presente durante el parto ni durante su hospitalización, mientras que el 28.30% de las mujeres recibieron órdenes de dejar de expresar su dolor y el 24.60% se sintió incómoda debido a vejaciones, como el uso de apodosos despectivos. (50)

Los resultados resaltan la urgencia de afrontar la carencia de dignidad en la atención obstétrica y enfatizan la importancia de promover un cuidado materno que respete la dignidad de las mujeres, fomente un entorno de apoyo y comprensión durante el proceso de parto. Por tanto, destacan la necesidad de sensibilizar a los profesionales de la salud acerca de la importancia de proporcionar un trato respetuoso y compasivo a las mujeres durante el embarazo y el parto. (50)

2.7 Discriminación

La discriminación se presenta cuando se aplican tratos desiguales a las pacientes en función de características específicas como su raza, edad, estado de VIH/SIDA, creencias y preferencias culturales, situación económica o nivel educativo. En un estudio realizado por Montesinos en 2018, se identificaron diversos tipos de discriminación en el ámbito de la salud materna. Además, se observó que la discriminación relacionada con la presencia de infecciones de transmisión sexual se manifestó en un 1.4% de los casos, la discriminación

basada en desigualdades socioeconómicas afectó al 31.50% de las pacientes, mientras que la discriminación por motivos de edad se presentó en un 4.60% de los casos. Por su parte, la discriminación relacionada con el estado civil afectó al 3.20% de las mujeres, y la discriminación por motivos religiosos se observó en un 2.10% de las pacientes. (51)

Los resultados subrayan la necesidad de abordar la discriminación en la atención obstétrica y de promover un enfoque de atención igualitaria que respete la diversidad de las pacientes y sus derechos. Es esencial concientizar a los profesionales de la salud sobre la importancia de brindar una atención imparcial y libre de prejuicios, independientemente de las características personales de las pacientes. Esto resalta la urgencia de trabajar hacia una atención materna que respete la diversidad y promueva la igualdad en el acceso y la calidad de la atención sanitaria. (51)

2.8 Desatención

La desatención se manifiesta cuando se observan prácticas que dejan a la mujer en trabajo de parto completamente sola, cuando las pacientes que buscan atención en una institución de salud no reciben ningún tipo de cuidado, o cuando se evidencia negligencia por parte de los prestadores de servicios, incluyendo la indisponibilidad de enfermeras, médicos residentes y especialistas disponibles para asistir a la paciente durante el proceso de atención. (44)

Kruk y su equipo de investigación en 2018, centrado en el trato no respetuoso y abusivo en instituciones de salud en Tanzania, identificó que el 8.53% de las pacientes incluidas en su muestra informaron haber experimentado abandono durante su atención médica. Además, otra investigación realizada por Okafor y colaboradores en 2015 encontró que el 29.1% de las mujeres detallaron ser víctimas de negligencia y abandono en el contexto de su atención médica. (45,52)

Los hallazgos resaltan la necesidad urgente de abordar la desatención en la atención de salud, asegurando que las pacientes reciban un cuidado adecuado y compasivo en todo momento durante su experiencia en una institución de salud. Además, enfatizan la importancia de capacitar a los médicos y enfermeras y de establecer sistemas de atención que garanticen que las pacientes no se encuentren solas ni desatendidas en situaciones críticas, como el trabajo de parto. Esto subraya la importancia de brindar una atención médica adecuada y de calidad a todas las pacientes, garantizando que se cumplan sus necesidades y derechos en el proceso de atención sanitaria. (52)

2.9 Factores individuales y comunitarios

Indudablemente, uno de los factores desencadenantes de la VO es la normalización de la falta de respeto durante el proceso de parto. Esto se debe en gran parte a que las mujeres, a lo largo de la historia, han estado sometidas a un sistema de atención que a menudo ha carecido de sensibilidad y respeto hacia sus derechos fundamentales. Muchas veces, las mujeres no están plenamente informadas acerca del alcance de sus derechos en el contexto de la atención maternal, lo que contribuye a la tolerancia de comportamientos irrespetuosos y abusivos por parte de ciertos profesionales (53)

La persistencia de un comportamiento irrespetuoso y abusivo se puede deber a la perpetuación de un estatus quo que no ha sido desafiado en el pasado. Las mujeres pueden sentir que el trato indigno y la VO son lamentablemente parte de la experiencia de este proceso materno, ya que es lo que han conocido a lo largo de generaciones. (54)

Además, es importante destacar que las víctimas de VO a menudo tienen dificultades para denunciar los abusos y faltas de respeto que han sufrido. Existen barreras que disuaden a las mujeres de hablar sobre sus experiencias negativas, lo que significa que el problema no se visibiliza adecuadamente. Estas barreras pueden incluir el temor a represalias, la vergüenza, la falta de información sobre a dónde acudir para buscar ayuda y el miedo a no ser tomadas en serio. (54)

Es esencial abordar a fondo estos problemas, crear conciencia sobre los derechos de las mujeres durante el parto y trabajar para eliminar la normalización de la Violencia Obstétrica (VO). Además, es crucial promover un sistema de atención médica que sea sensible, respetuoso y empático hacia las necesidades y derechos de las mujeres durante el proceso de parto, garantizando que las denuncias de abuso sean escuchadas y tratadas de manera adecuada. Esto implica un esfuerzo continuo para empoderar a las mujeres y transformar la cultura de la atención obstétrica a nivel global. (55)

Otra dificultad ampliamente reconocida en el ámbito de la atención materna son los obstáculos financieros que con frecuencia obstaculizan el acceso de las mujeres embarazadas a servicios de calidad. Para que las mujeres gestantes puedan acceder a la atención que requieren y que cumpla con sus expectativas, se necesitan recursos suficientes para cubrir los costos asociados con la atención médica. (53)

Un estudio realizado por Ishola et al. señala que muchas mujeres enfrentan dificultades financieras que las llevan a no buscar atención profesional durante el embarazo o a no acudir a centros de salud adecuados. Esto se debe en gran parte a los costos económicos

relacionados con la atención de salud maternal, que pueden incluir consultas médicas, medicamentos, pruebas y otros gastos asociados. La preocupación por estos costos puede llevar a que algunas mujeres opten por no recibir atención prenatal, lo que plantea serios riesgos. (53)

Adicionalmente, la desconfianza en el sistema de salud pública puede ser otro factor que contribuye a la renuencia de algunas mujeres a buscar atención médica. La percepción de la atención en términos de calidad y la confianza en el sistema de salud son fundamentales para determinar si las mujeres embarazadas acuden a centros de salud. (56)

Para abordar estas barreras financieras y mejorar el acceso a la atención maternal, es necesario tomar medidas como la expansión de programas de atención prenatal y de parto gratuitos o asequibles, así como la educación de las mujeres sobre sus derechos en el sistema de salud. Esto es esencial para garantizar que todas las mujeres embarazadas tengan acceso a la atención que necesitan, sin importar su situación económica, y para fomentar una atención maternal de calidad y segura. Es crucial garantizar que el aspecto económico no sea una barrera para recibir una atención adecuada durante el embarazo y el parto. (57)

La ausencia de información entre las mujeres sobre sus derechos desempeña un papel fundamental en la continuación de la VO y en su falta de visibilidad. Este desconocimiento propicia un entorno en el que los comportamientos irrespetuosos y abusivos pueden perdurar, ya que las mujeres pueden ser susceptibles a estas prácticas cuando no están informadas sobre sus derechos fundamentales. La educación desempeña un papel esencial en este sentido, ya que empodera a las mujeres y les proporciona la información necesaria para defender sus derechos. Asimismo, la educación contribuye a aumentar la confianza en sí mismas, lo que reduce la disparidad de poder entre las pacientes y los proveedores de salud. (57)

Por otro lado, la ineficaz implementación de las leyes y la carencia de políticas bien definidas que respalden el respeto a los derechos humanos y a la ética en la atención materna son factores significativos que no deben pasarse por alto. Aunque hay leyes y políticas diseñadas para proteger los derechos de las mujeres en el ámbito de la atención maternal, con frecuencia no se aplican adecuadamente en la práctica. Esto conduce a una situación descontrolada de falta de respeto y abuso en la atención de salud. (56)

Moore et al. en el 2012 sugirió que, aunque existen políticas que están diseñadas para proteger a las mujeres, rara vez se implementan de manera efectiva en la realidad, lo que

resulta en un entorno en el que las conductas irrespetuosas y abusivas pueden persistir sin consecuencias. (58)

Para abordar estos desafíos, resulta crucial mejorar la educación de las mujeres acerca de sus derechos en el ámbito de la atención materna y asegurar la aplicación efectiva de leyes y políticas en la práctica. Además, es necesario establecer mecanismos de denuncia y sanciones para aquellos que violen los derechos de las pacientes, con el objetivo de asegurar que la atención maternal sea respetuosa, segura y fundamentada en principios éticos. Estos esfuerzos son fundamentales para crear un entorno donde las mujeres embarazadas puedan recibir atención médica de calidad sin temor a la VO. (59)

La falta de conocimiento sobre los derechos en el ámbito de la atención materna está estrechamente vinculada a la persistencia de la Violencia Obstétrica (VO) y a su falta de visibilidad en la sociedad. La carencia de información y conciencia acerca de los derechos fundamentales puede dejar a las mujeres en una posición de vulnerabilidad, incrementando la probabilidad de que sean víctimas de comportamientos irrespetuosos y abusivos durante el embarazo y el parto. La educación desempeña un papel crucial en este contexto, ya que capacita a las mujeres al proporcionarles el conocimiento necesario para defender sus derechos. Además, contribuye a fortalecer la confianza de las mujeres en sí mismas, reduciendo así la disparidad de poder que a veces se observa entre las pacientes y los proveedores de salud. (59)

Por otro lado, la falta de aplicación efectiva de leyes y la ausencia de políticas claras destinadas a salvaguardar los derechos humanos y la ética en la atención maternal representan otro factor considerable que no debe de ser subestimado. A pesar de la existencia de leyes y políticas diseñadas para proteger a las mujeres en el contexto de la atención maternal, en la práctica, su aplicación puede ser deficiente. Esto da lugar a un entorno en el que las conductas irrespetuosas y abusivas pueden perdurar sin consecuencias significativas. (60)

En un estudio realizado por Moore et al. en 2012, se contempló que, aunque existen políticas en vigor destinadas a salvaguardar los derechos de las mujeres, rara vez se utilizan de manera efectiva, lo que conduce a una situación incontrolada de irrespeto y abuso en la atención de salud. (58)

Para abordar estos problemas, es esencial mejorar la educación en relación con sus derechos en la atención maternal, así como garantizar que las políticas se apliquen de manera efectiva en la práctica. Además, se deben establecer mecanismos de denuncia y sanciones para aquellos que infrinjan los derechos de las pacientes, con el objetivo de

asegurar que la atención maternal sea respetuosa, segura y ética. Estos esfuerzos son esenciales para crear un ambiente en el que las mujeres embarazadas reciban atención médica de calidad sin temor a la VO. (61)

Hay otros elementos adicionales que también deben tenerse en cuenta en el contexto de la VO. Uno de estos factores cruciales es la carencia de liderazgo o supervisión efectiva para fomentar un entorno de atención respetuosa y libre de maltrato durante el parto. La falta de una dirección clara en las instituciones de salud y de una supervisión adecuada puede propiciar comportamientos irrespetuosos por parte de los proveedores. (53)

También, la capacitación de los proveedores de salud es fundamental, pero en algunos casos la distancia entre la formación y la práctica clínica puede dar lugar a un desapego del proveedor hacia las necesidades y derechos de las pacientes. La desconexión entre la capacitación y la práctica clínica puede resultar en la perpetuación de conductas irrespetuosas. (62)

La desmoralización de los proveedores de salud relacionada con sistemas de salud ineficientes o sobrecargados también es un factor a considerar. Los sistemas de salud que carecen de recursos, personal y apoyo pueden dejar a los profesionales de la salud desanimados y agotados, lo que a veces puede manifestarse en un trato menos respetuoso hacia los pacientes. (62)

Adicionalmente, la no utilización de servicios ginecológicos y la carencia de comprensión sobre las repercusiones psicológicas de la Violencia Obstétrica (VO) son elementos suplementarios que contribuyen a la problemática. La falta de acceso a servicios de salud reproductiva y ginecológica apropiados puede restringir la capacidad de las mujeres para buscar atención durante el embarazo y el parto. La falta de conciencia sobre las posibles consecuencias psicológicas de la VO puede llevar a que muchas mujeres no reconozcan o denuncien las situaciones de maltrato que experimenten. (53)

Es esencial considerar todos estos factores y trabajar en conjunto para promover una atención de salud materna que sea respetuosa, segura y basada en la ética. Esto implica no solo capacitar a los proveedores de salud, sino también fortalecer el liderazgo y la supervisión, mejorar los sistemas de salud y concienciar tanto a los proveedores como a las pacientes sobre los derechos y consecuencias asociados a la VO. La lucha contra la VO requiere un enfoque integral que aborde todos estos elementos. (53)

2.10 Revictimización

La revictimización de una mujer se refiere a un proceso en el cual una persona que ha sido víctima de VO experimenta una nueva forma de maltrato o una respuesta social, institucional o mediática que la somete a un daño emocional adicional. Este ciclo de victimización secundaria puede ser particularmente angustiante y debilitante para la víctima, ya que socava su capacidad de recuperación y su bienestar emocional. (63)

Uno de los modos en que la revictimización puede manifestarse es a través de la difusión de información sensible o de la exposición pública de los detalles de la VO sufrida. Esta exposición puede llevar a la víctima a sentir vergüenza y humillación, ya que se enfrenta a la mirada crítica y los juicios de los demás. Esta experiencia puede empeorar significativamente el trauma inicial y hacer que la víctima se sienta vulnerable e indefensa. (63)

Asimismo, cuando las autoridades y la sociedad no brindan el apoyo y la protección necesarios a las víctimas de VO, esto puede contribuir a la revictimización. La falta de respaldo y empatía puede hacer que la víctima se sienta culpable, avergonzada o desconfiada de los sistemas de apoyo y justicia. Esto, a su vez, puede dificultar su proceso de recuperación y la búsqueda de justicia. (64)

Para combatir la revictimización, es esencial garantizar la confidencialidad y el respeto a la privacidad de las víctimas, así como establecer un sistema sólido de apoyo y protección. Esto implica crear conciencia en la sociedad, capacitar a los profesionales de la salud y aplicar políticas y leyes que resguarden a las víctimas y fomenten su recuperación y bienestar. La lucha contra la revictimización es crucial para asegurar que las víctimas de Violencia Obstétrica sean tratadas con dignidad y respeto en todo momento. (64)

Por otro lado, la revictimización es un problema que no solo afecta a la víctima individualmente, sino que también puede tener un impacto perjudicial en otras personas que han sido o están en situaciones similares. Cuando una víctima de VO experimenta revictimización, esto puede tener un efecto en cascada en la comunidad en su conjunto, especialmente en aquellos que han experimentado o están en riesgo de sufrir VO. (65)

En primer lugar, la revictimización refuerza las desigualdades de género y perpetúa la discriminación de género. Al exponer a la víctima a un trato irrespetuoso y humillante, se le está recordando constantemente su posición de vulnerabilidad y el hecho de que las normas sociales y las instituciones no la protegen adecuadamente. Esto puede desalentar a otras

mujeres a denunciar o buscar apoyo, ya que pueden temer enfrentar el mismo tipo de revictimización. (8)

La revictimización puede obstaculizar la obtención de justicia y el acceso a los servicios de apoyo esenciales para la recuperación. Cuando las víctimas ven que otras no reciben el apoyo necesario o que no se les brinda justicia, es menos probable que busquen ayuda o denuncien la VO que han experimentado. Esto perpetúa un ciclo de impunidad y permite que la VO continúe sin consecuencias. (8)

Combatir la revictimización implica la participación de toda la sociedad, además de la colaboración de instituciones y medios de comunicación. Para abordar eficazmente este problema, es fundamental que todos adopten un enfoque sensible y empático hacia las víctimas de VO. Esto implica el respeto absoluto por su privacidad y la necesidad de proporcionar apoyo emocional adecuado. (65)

El apoyo emocional es una parte esencial de la recuperación de las víctimas de VO. Cuando las víctimas se sienten respaldadas y escuchadas, es más probable que busquen ayuda y se recuperen de su experiencia traumática. Las instituciones de salud, los servicios sociales y las organizaciones de apoyo deben estar preparados para brindar este tipo de apoyo de manera sensible y comprensiva. (8)

Es fundamental ofrecer recursos para la recuperación de las víctimas, lo que implica asegurar el acceso a servicios médicos, terapia y asesoramiento psicológico, además de proporcionar información sobre los derechos de las víctimas y los procedimientos para buscar justicia. Estos recursos son cruciales para apoyar a las víctimas en la reconstrucción de sus vidas y la superación del trauma. (66)

La prevención de la revictimización se ve significativamente beneficiada por la educación constante y la creación de conciencia. Es esencial tratar los estereotipos de género y fomentar una cultura basada en el respeto y la ausencia de violencia. Esto incluye informar a la sociedad sobre los derechos de las mujeres en el ámbito de la atención materna, al mismo tiempo que se sensibiliza a los profesionales de la salud sobre la relevancia de ofrecer atención respetuosa y centrada en la paciente. (66)

2.11 Falta de estudios que evalúen las consecuencias de la falta de respeto, el abuso, el maltrato y la violencia obstétrica

La literatura que examina las carencias de respeto, abuso, maltrato y Violencia Obstétrica (VO) se caracteriza por la escasa cantidad de investigaciones que se enfocan en las

repercusiones de tales acciones para la salud de las mujeres y, en algunos casos, la del recién nacido. La falta de estudios causales en este dominio constituye una de las principales lagunas en el conocimiento actual sobre el tema. Esta carencia de investigaciones de este tipo se atribuye, en gran medida, a la falta de consenso en la terminología y definiciones asociadas con este campo teórico y, sobre todo, a la ausencia de un instrumento validado que permita capturar este fenómeno de manera más precisa. (41)

Aunque los investigadores en este ámbito han propuesto diversas hipótesis causales, son pocas las que cuentan con un respaldo científico sólido. Algunas investigaciones indican que la falta de respeto, abuso, maltrato y Violencia Obstétrica (VO) podría estar relacionada con consecuencias adversas para la salud de las víctimas, tales como un mayor riesgo de desarrollar ansiedad, trastorno de estrés postraumático y depresión posparto. Además, se ha observado una menor utilización de servicios de salud por parte de las mujeres y los recién nacidos en el periodo posparto, así como una mayor dificultad en el proceso de amamantamiento. (45)

Es importante mencionar que, dado que la negligencia es un componente de la falta de respeto, abuso, maltrato y VO, es posible que estas situaciones estén asociadas con un aumento en la incidencia de eventos maternos casi accidentales y la mortalidad tanto materna como fetal. También existe la posibilidad de que las experiencias de VO influyan en la decisión de optar por un determinado modo de parto en embarazos posteriores, como, por ejemplo, que mujeres que han experimentado maltrato durante un parto vaginal elijan una cesárea electiva en embarazos futuros. Sin embargo, la mayoría de estos resultados se basan en hipótesis con escasa o nula evidencia científica empírica. (67)

También es importante destacar que la ocurrencia de faltas de respeto, maltratos y VO durante el ciclo embarazo – puerperal puede tener un impacto negativo en aspectos más subjetivos, como la evaluación de la calidad de la atención recibida y el grado de satisfacción con el proceso de parto, entre otros aspectos. (67)

2.12 Normativa ESAMyN

La ley para certificar los centros de salud como “Amigos de la Madre y del Niño” ha sido implementada con el objetivo de reducir la mortalidad y morbilidad neonatal y materna. Este objetivo se alcanza al proporcionar una atención adecuada a mujeres embarazadas, fomentar un parto respaldado y humanizado, e incluir la protección y promoción de la lactancia materna. Aunque el cumplimiento de los criterios establecidos en esta regulación lleva a la certificación de las unidades de salud, independientemente de su deseo de

obtener esta distinción, deben cumplir con aspectos vinculados a la atención durante el parto, el periodo posparto y la promoción de la lactancia materna. (68)

Centrándose en brindar servicios de calidez, calidad, pertinencia, continuidad e integralidad, esta normativa establece las directrices para garantizar una atención materna y neonatal que proporcione un inicio de vida óptimo. Asimismo, se compromete a cumplir con los principios constitucionales y con el Modelo de Atención Integral en Salud. (68)

El cumplimiento de esta regulación tiene el potencial de generar un impacto positivo en más de 200,000 niños que nacen anualmente en Ecuador, al reducir las posibilidades de enfermedad y muerte. Además, la práctica de la lactancia materna dentro de la primera hora después del parto no solo fomenta la lactancia durante los primeros seis meses de vida, sino que conlleva beneficios significativos. Estos incluyen la reducción del riesgo de leucemia infantil en casi un 20%, la disminución de la posibilidad de fallecer por muerte súbita en un 60%, y la contribución a la reducción del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas en un 13%. También se ha demostrado que esta práctica reduce el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en un 35%. Estos ejemplos son solo algunos de los beneficios respaldados por evidencia científica y contemplados en esta normativa. Por lo tanto, es esencial alentar tanto al personal de salud como a las usuarias a garantizar y difundir el cumplimiento de la normativa ESAMyN. Esta ley comprende 4 componentes y 24 pasos. Los componentes son General, Prenatal, Parto y Posparto y Lactancia Materna. (68)

Con base en lo anterior, los objetivos de la regulación abarcan la mejora y la integralidad de la atención, la promoción de un enfoque humanizado del parto, y la garantía de la atención adecuada del recién nacido. Además, busca mejorar la calidad de la atención en situaciones de emergencia obstétrica y neonatal y proteger la lactancia materna. Es crucial destacar que, aunque la atención inadecuada durante el periodo de maternidad no puede ser considerada como la única causa de las bajas tasas de lactancia materna exclusiva, una atención adecuada puede ser un factor determinante para incrementar estas tasas. (68)

Tabla 1
Componentes y pasos de la normativa ESAMyN.

No.	Componentes	No.	Pasos
1	General	1	Capacitar y dar a conocer la norma en el establecimiento de salud.
		2	Cumplir con las sesiones de educación prenatal a las embarazadas.
2	Prenatal	3	Captar y controlar a madres embarazadas y asegurar el tratamiento de mujeres en riesgo.
		4	Garantizar la prueba de VIH y sífilis, así como su tratamiento en todas las embarazadas.

No.	Componentes	No.	Pasos
3	Parto y posparto	5	Articularse con agentes de la medicina ancestral para el cuidado antes, durante y después del parto.
		6	Permitir el acompañamiento por una persona de la elección de la madre, antes, durante y después del parto.
		7	Garantizar un ambiente acogedor y el respeto de prácticas interculturales.
		8	Asistir a la madre para que se movilice y asuma la posición a su elección.
		9	Proporcionar métodos no farmacológicos para el alivio del dolor.
		10	Evitar procedimientos invasivos y cesáreas innecesarias.
		11	Garantizar la aplicación de prácticas integradas a la atención del parto: pinzamiento oportuno, apego inmediato y lactancia en la primera hora.
		12	Realizar los procedimientos médicos al recién nacido frente a la madre.
		13	Identificar posibles riesgos y manejar complicaciones que amenazan la vida de madre y neonato.
		14	Permitir el contacto con bebés que requieran internación o informar su evolución.
		15	Al alta: asesorar y garantizar métodos de planificación familiar, informar sobre signos de alarma y conceder la cita del primer control para madre y neonato.
4	Lactancia materna	16	Informar a todas las embarazadas de los beneficios y manejo de la lactancia.
		17	Ayuda a las madres a iniciar la lactancia durante la hora siguiente al parto.
		18	Mostrar a las madres cómo amamantar y mantener la lactancia incluso en caso de separación de sus bebés.
		19	No dar al recién nacido alimento o líquido que no sea leche materna.
		20	Practicar alojamiento conjunto de madres y recién nacidos durante las 24 horas del día.
		21	Fomentar la lactancia a demanda, sin horas ni duración de toma.
		22	No dar biberones ni chupones a los recién nacidos.
		23	Referir a las madres a grupos de apoyo a la lactancia.
		24	No entregar material de propaganda o muestra gratis de leches de fórmula, biberones o chupones.

Realizado por: MSP, (2013)

CAPÍTULO III

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

- Describir la percepción de la violencia obstétrica informada por mujeres que sean atendidas en servicios de parto en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres atendidas en los dos hospitales públicos.
- Determinar la relación entre la violencia obstétrica y las características sociodemográficas de las pacientes atendidas en los dos hospitales públicos.
- Comparar las valoraciones del nivel de violencia obstétrica informada por las mujeres atendidas entre los dos hospitales públicos de la ciudad de Quito.

3.3 Hipótesis

No aplica.

CAPÍTULO IV

4 METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la investigación

El estudio fue descriptivo transversal.

4.2 Población y tamaño de muestra

4.2.1 Población

La población de estudio fue el total de mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.

4.2.2 Muestra

Se realizó un muestreo por proporción. El tamaño de población corresponde a 4500, la proporción esperada a 45%, el nivel de confianza 95% y la precisión absoluta del 5%. De acuerdo con estos datos se determina la muestra en el software Epidata 4.1.

Tabla 2

Parámetros para determinar la muestra.

Parámetro	Dato	Unidad	Observaciones
N	4500	# de pacientes	Datos Hospital Población total de pacientes.
NC	95	%	Nivel de confianza adoptado.
Za	1.96	-	Parámetro de acuerdo al nivel de confianza.
p	45	%	Dato proporción esperada de ocurrencia.
q	55	%	Probabilidad de no ocurrencia.
e	5	%	Error de estimación.

Realizado por: Jaramillo, M & López, A. (2023)

El valor de proporción esperada fue tomado de estudios previamente realizados, en donde se determina la frecuencia y prevalencia de mujeres que percibieron haber sufrido VO durante el embarazo, durante el parto o en el puerperio. (27,69,70)

Según el software y la fórmula aplicada, el número de participantes incluidos en la muestra ha sido de 351.

4.3 Criterios de inclusión

- Pacientes en puerperio inmediato que hayan sido atendidas por parto o cesárea en los dos hospitales públicos de la ciudad de Quito.
- Pacientes que hayan sido atendidas entre 01 de septiembre al 30 de noviembre del 2023.

4.4 Criterios de exclusión

- Pacientes con discapacidad mental.
- Pacientes que tengan alteraciones del estado de conciencia.

4.5 Recolección de datos

Técnica de investigación: encuesta.

Instrumento para la recolección de la información: Cuestionario elaborado de la VO. (ver anexo No. 2)

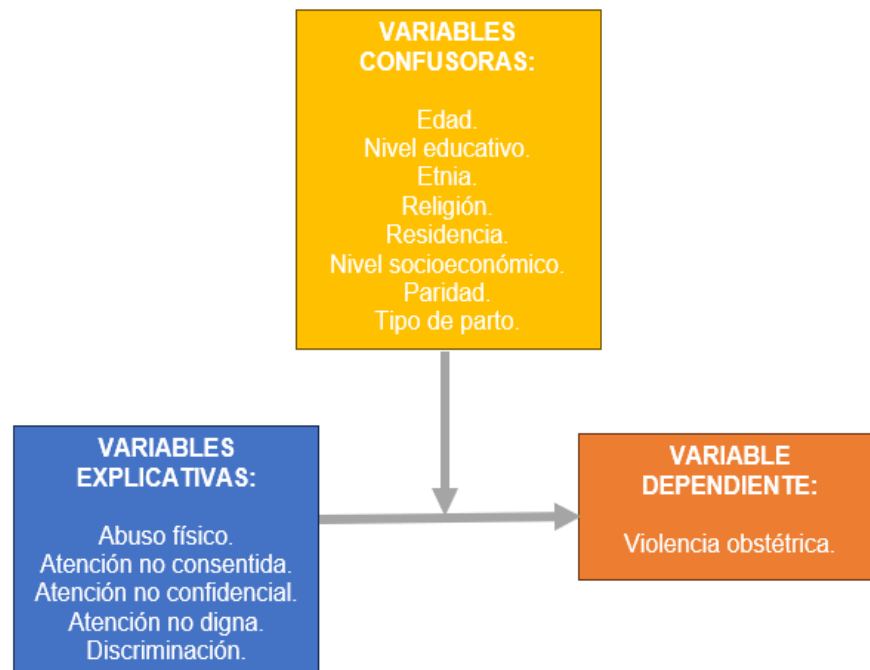
4.6 Definición de variables

Las variables que fueron incluidas son edad, nivel educativo, etnia, religión, residencia, nivel socioeconómico, paridad, tipo de parto, estancia hospitalaria y VO. En la tabla de operacionalización se describe muy bien a cada una de las variables, donde se han incluido puntos como la definición conceptual, la unidad de dimensión, el tipo de variable y su respectiva codificación.

4.7 Matriz de variables

Figura 1

Matriz de variables.



Realizado por: Jaramillo, M & López, A. (2023)

4.8 Procedimiento para el cumplimiento de los objetivos planteados

Para llevar a cabo las investigaciones con las pacientes de los dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, se requirió realizar las siguientes actividades detalladas a continuación:

Obtener la aprobación del proyecto de investigación por parte de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Presentar una solicitud de autorización para llevar a cabo el estudio a los directores de los hospitales públicos de la ciudad de Quito.

Administrar la encuesta después de obtener la firma del consentimiento informado.

Emitir cartas para obtener la autorización del uso de la información, especificando el medio de almacenamiento, las normas de seguridad y el procedimiento para el transporte seguro de la información.

4.9 Manejo de datos

Se recopiló inicialmente la información, como se detalla en el Anexo 2. Luego, se organizó toda la información en una tabla de Excel 2021, utilizando una codificación apropiada y una

clave de acceso. Este archivo se almacenó en la computadora personal de una de las investigadoras y se eliminó después de 15 días, una vez que se verificó que la información ingresada fuera correcta y coincidiera con el número total de la muestra.

4.10 Instrumento para la recolección de la información

Se incluyó un cuestionario para la medición de la VO, tal y como se utilizó en el artículo científico de Mihret et al. en el año 2019, que consiste en la recopilación de información sobre las características sociodemográficas, las condiciones relacionadas con la obstetricia y las experiencias y percepciones de las mujeres sobre los servicios de salud durante el trabajo de parto y el parto. Este cuestionario se encuentra basado en el informe de Bowser y Hill, donde se miden 7 dominios de atención irrespetuosa y abusiva como la atención no consensuada, discriminación al paciente, atención no digna, el abuso físico, atención no confidencial, desatención y detención en el establecimiento. En la presente investigación como en la de Mihret et al. no se consideró la detención en el establecimiento, pues el estudio se hizo en hospitales públicos, sin pago alguno de servicios de maternidad. (44)

4.11 Validez y confiabilidad del instrumento

El instrumento que se utilizó ha sido validado por expertos de la VO y luego probado previamente en 50 mujeres que residen en la región norte de Etiopía.(44) Cabe mencionar que el instrumento fue traducido por las investigadoras. Para realizar la validación del instrumento de recolección de datos se contó con un panel de expertos (especialistas en ginecología y psicología) los mismos que analizaron el contenido de las preguntas y realizaron las sugerencias y cambios correspondientes. Además, se realizó una prueba piloto con la finalidad de corregir el cuestionario y adaptarlo para el entendimiento de los participantes de la investigación, para ello se aplicó la encuesta en 35 mujeres (10% de la muestra) de características similares.

Se debe de realizar la aclaración que los mismos parámetros incluidos en este protocolo para conocer si una mujer ha recibido o percibido VO, han sido utilizados en varios estudios realizados en países sudamericanos, incluyendo a Ecuador. (40,71,72)

4.12 Análisis de la información

Se empleará el software SPSS versión 25 como paquete estadístico para el análisis de datos. La información recopilada se codificó y se introdujo en este programa. Se optó por la estadística descriptiva para el análisis, utilizando medidas de tendencia central como la media y la desviación estándar para la variable cuantitativa (edad). En cuanto a las variables

cualitativas, se calcularon frecuencias y porcentajes. La presentación de los datos se llevó a cabo mediante tablas de frecuencias y gráficos de distribución porcentual. Además, para examinar la relación estadística entre las variables, se realizaron cruces de variables y se aplicó la prueba de chi cuadrado con un nivel de confianza del 95% en el conjunto de datos comparables ($p \leq 0.05$). Para evaluar la relación entre la edad y la violencia obstétrica, se utilizó la prueba de T-Student.

4.13 Consideraciones éticas y de género

La realización de la investigación requiere la aprobación del Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, asegurando así la integridad metodológica, ética y legal de los estudios que involucran a seres humanos o muestras biológicas. Las investigadoras respaldan este procedimiento formal como una salvaguarda esencial para que la investigación biomédica contribuya al avance científico en el campo de la salud y, al mismo tiempo, proteja los derechos de las personas involucradas. El estudio se lleva a cabo en un contexto ético que incorpora principios bioéticos universales respaldados por acuerdos internacionales que respaldan la libertad de investigación y garantizan el respeto a los derechos, seguridad y bienestar de los participantes, especialmente de aquellos en grupos vulnerables.

Adicionalmente, el estudio se adhiere a las directrices de la Declaración de Helsinki de 2008 para preservar la confidencialidad de la información extraída de las historias clínicas de las gestantes. Se han implementado medidas para salvaguardar la integridad de los pacientes, evitando la recopilación de datos identificativos personales. Dado que el estudio es puramente observacional y no implica intervenciones clínicas ni terapéuticas, no representa riesgos para los participantes ni para los investigadores. Se seguirán los parámetros de la Organización Mundial de la Salud para garantizar la seguridad de la información recopilada. Tanto el protocolo como el proyecto final fueron revisados y aprobados por las autoridades hospitalarias y el Comité de Ética de la Investigación de Seres Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

4.13.1 Anonimización de datos

Con el objetivo de salvaguardar la confidencialidad de los pacientes, se excluyen detalles personales como números de historia clínica, cédula, nombres, apellidos, dirección y teléfono. Asimismo, se omiten los nombres de las instituciones donde se llevará a cabo el estudio.

4.13.2 Uso exclusivo de la información para la investigación

Los datos recopilados se emplearon exclusivamente con fines de investigación, académicos y específicamente para la elaboración del proyecto de titulación en Ginecología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

4.13.3 Consentimiento informado

Para el presente proyecto fue necesario elaborar un consentimiento informado para las participantes del estudio, que estuvo constituido por 3 partes fundamentales, la primera que fue sobre la información necesaria para el consentimiento informado donde se incluyeron datos como el título de la investigación, institución que interviene en la investigación, nombres completos de las investigadoras, la introducción, objetivo principal, procedimiento, duración, riesgos o molestias y beneficios que se puedan ocasionar, confidencialidad, costos, incentivos o recompensas, participación, derecho a retirarse, comunicación y transferencia de los resultados y la información de contacto. La segunda parte del documento fue la firma del consentimiento informado, donde cada participante elige si participar o no. La tercera parte fue la revocatoria del consentimiento informado, donde el participante puede retirarse inmediatamente de la encuesta cuando desee, aun cuando haya aceptado participar en la investigación en primera instancia. En el Anexo 1 se encuentra el consentimiento informado estructurado para este estudio.

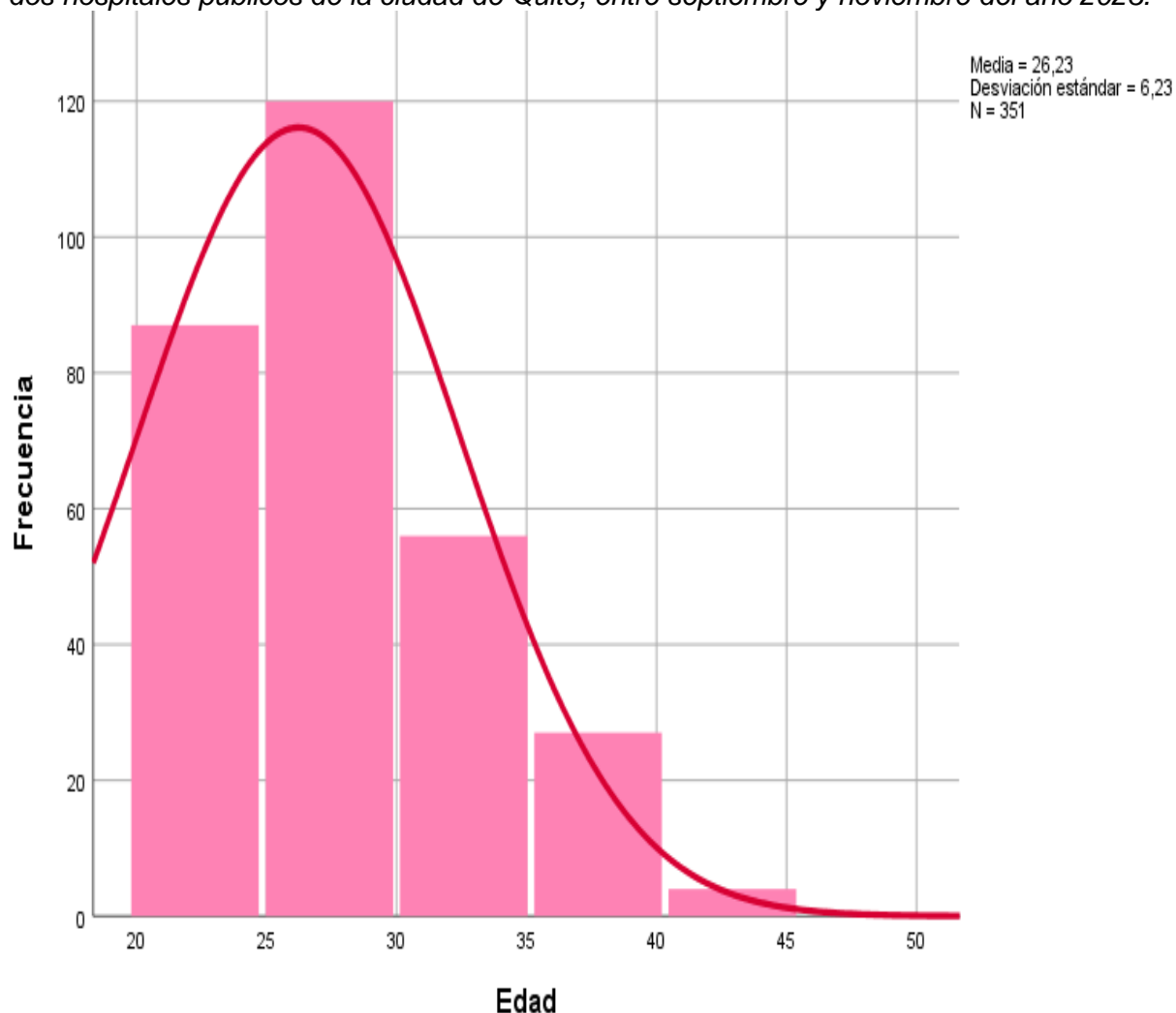
CAPÍTULO V

5 RESULTADOS

A partir de la recopilación de datos, se logró obtener la totalidad de la muestra, compuesta por 351 respuestas (100%), provenientes de dos instituciones de salud, en relación con la percepción de la VO. Los hallazgos más destacados derivados de esta información se detallan a continuación.

Figura 2

Histograma de edad de las pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.



Realizado por: Jaramillo, M & López, A. (2023)

Se registró un promedio de edad de 26.33 años, con un margen de variación de ± 6.23 años, indicando que la edad de los participantes varió entre los 15 y los 45 años. Es relevante subrayar que la mayoría de las participantes en este estudio se ubicaron en la franja etaria de 20 a 30 años (corresponde a la edad reproductiva de las mujeres). Este

hallazgo resalta la presencia de una distribución significativa de participantes dentro de este rango específico de edades en la muestra analizada.

Tabla 3

Frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas y obstétricas de las pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.

Variable	No.	% (IC95%)
Nivel educativo		
Analfabeta	1	0.28 (0.00 – 9.00)
Primaria	43	12.25 (9.10 – 16.00)
Secundaria	234	66.67 (61.50 – 71.20)
Superior	73	20.80 (16.80 – 25.10)
Total	351	100.00
Etnia		
Mestiza	327	93.16 (90.30 – 95.70)
Indígena	16	4.56 (2.60 – 6.80)
Afroecuatoriana	7	1.99 (0.60 – 3.70)
Otra	1	0.28 (0.00 – 9.00)
Total	351	100.00
Religión		
Católica	285	81.20 (77.50 – 85.50)
Otra	42	11.97 (8.80 – 15.70)
Ninguna	24	6.84 (4.60 – 9.40)
Total	351	100.00
Residencia		
Rural	56	15.95 (12.00 – 20.20)
Urbana	295	84.05 (79.80 – 88.00)
Total	351	100.00
Nivel socioeconómico		
Bajo	30	8.55 (5.70 – 11.70)
Medio bajo	113	32.19 (27.60 – 37.00)
Medio	196	55.84 (50.70 – 61.20)
Medio alto	10	2.85 (1.10 – 4.60)
Alto	2	0.57 (0.00 – 1.40)
Total	351	100.00
Número de partos		
Primípara	198	56.41 (51.30 – 61.50)
Múltipara	153	43.59 (38.50 – 48.70)
Total	351	100.00
Tipo de parto		
Parto vaginal	231	65.81 (29.60 – 39.00)
Cesárea	120	34.19 (61.00 – 70.40)
Total	351	100.00

Realizado por: Jaramillo, M & López, A. (2023)

En relación con las variables sociodemográficas, se identificó que el 66.67% (IC95%: 61.50 – 71.20) de los participantes, tenían como nivel educativo la secundaria. La mayoría de las

puérperas se considera como mestiza. En cuanto a la afiliación religiosa, el 81.20% (IC95%: 77.50 – 85.50) de la muestra total indicó predicar la religión católica. En términos de ubicación geográfica, doscientas noventa y cinco participantes residen en zonas urbanas. El 55.84% (IC95%: 50.70 – 61.20) de los participantes se autodenominó con un nivel socioeconómico medio. Respecto a la experiencia materna, ciento noventa y ocho mujeres manifestaron ser primíparas, mientras que 231 son múltiparas.

Tabla 4

Percepción de la violencia obstétrica de acuerdo a las variables sociodemográficas de las pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.

Variable	Violencia obstétrica				Total		p	OR	IC95%
	Si		No		No.	%			
	No.	%	No.	%	No.	%			
Nivel educativo									
Analfabeta	0	0.00	1	0.53	1	0.28	0.010**	1.18	0.82-1.71
Primaria	16	9.82	27	14.36	43	12.25			
Secundaria	123	75.46	111	59.04	234	66.67			
Superior	24	14.72	49	26.06	73	20.80			
Total	163	100.00	188	100.00	351	100.00			
Etnia									
Mestiza	158	96.93	169	89.89	327	93.16	0.067		
Indígena	3	1.84	13	6.91	16	4.56			
Afroecuatoriana	2	1.23	5	2.66	7	1.99			
Otra	0	0.00	1	0.53	1	0.28			
Total	163	100.00	188	100.00	351	100.00			
Religión									
Católica	130	79.75	155	82.45	285	81.20	0.480		
Otra	19	11.66	23	12.23	42	11.97			
Ninguna	14	8.59	10	5.32	24	6.84			
Total	163	100.00	188	100.00	351	100.00			
Residencia									
Rural	9	5.52	47	25.00	56	15.95	0.000**	0.17	0.08 - 0.371
Urbana	154	94.48	141	75.00	295	84.05			
Total	163	100.00	188	100.00	351	100.00			
Nivel socioeconómico									
Bajo	10	6.13	20	10.64	30	8.55	0.000**	1.41	1.04 - 1.91
Medio bajo	75	46.01	38	20.21	113	32.19			
Medio	73	44.79	123	65.43	196	55.84			
Medio alto	4	2.45	6	3.19	10	2.85			
Alto	1	0.61	1	0.53	2	0.57			
Total	163	100.00	188	100.00	351	100.00			

Realizado por: Jaramillo, M & López, A. (2023)

**Significancia estadística (p<0.05).

Se halló relación estadística significativa entre el nivel educativo, la residencia y el nivel socioeconómico con la VO ($p < 0.05$). El Odd Ratio determinado para el nivel educativo fue de 1.18 con intervalo de confianza entre 0.82 y 1.71. En este caso, el Odd Ratio es despreciable porque la unidad se encuentra dentro del intervalo de confianza. El Odd Ratio para la residencia fue de 0.17 con intervalo de confianza entre 0.08 y 0.371, lo que determina que vivir en la ruralidad es un factor protector ante vivir en la urbanidad. Por último, el Odd Ratio del nivel socioeconómico fue de 1.41, con un intervalo de confianza entre 1.04 y 1.91, lo que demuestra que existe un riesgo de 1.41 veces de sufrir VO si cuenta con un nivel socioeconómico bajo.

Tabla 5

Prueba de T-Student entre la edad y la VO de las pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.

Edad	Violencia obstétrica	No.	Media	Desviación Estándar	p
	No	188	26.49	6.19	
Si	163	25.93	6.27		

Realizado por: Jaramillo, M & López, A. (2023)

**Significancia estadística ($p < 0.05$).

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre la edad y la VO ($P > 0.05$) en el 95% de la muestra analizada. Esto implica que, en el amplio conjunto de participantes con características similares, no se observa una asociación estadística entre la edad de las mujeres y la percepción de la VO.

Tabla 6

Percepción del abuso físico por parte de pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.

Variable	Hospital 1		Hospital 2		No.	Total % (IC95%)
	No.	%	No.	%		
Abuso físico						
Ha recibido golpes, amenaza de golpes, abofeteadas, pellizcos.						
Si*	0	0.00	1	0.44	1	0.28 (0.00 – 0.90)
No	124	100.00	226	99.56	350	99.72 (99.10 – 100.00)
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00
Se la ha atado durante el parto.						
Si*	1	0.81	2	0.88	3	0.85 (0.00 – 2.00)
No	123	99.19	225	99.12	348	99.15 (98.00 – 100.00)
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00
Ha recibido cortes o suturas sin el uso de anestesia.						
Si*	0	0.00	1	0.44	1	0.28 (0.00 – 0.90)

Variable	Hospital 1		Hospital 2		No.	Total % (IC95%)
	No.	%	No.	%		
Abuso físico						
No	124	100.00	226	99.56	350	99.72 (99.10 – 100.00)
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00
El personal de salud uso fuerza excesiva para provocar el parto.						
Si*	0	0.00	9	3.95	9	2.56 (1.10 – 4.30)
No	124	100.00	219	96.05	343	97.44 (95.70 – 98.90)
Total	124	100.00	228	100.00	352	100.00

Realizado por: Jaramillo, M & López, A. (2023)

*Indicio de VO.

Para determinar el abuso físico en las instituciones de salud de acuerdo con el instrumento de Bowser & Hill y adecuado por Mihret et al. en el año 2019 (44) fue necesario realizar cuatro interrogantes que indagaban específicamente por haber recibido golpes, pellizcos, ataduras, cortes o suturas sin anestesia y fuerza excesiva. Únicamente una participante reportó haber experimentado golpes, amenazas de golpes, abofeteadas o pellizcos. Tres mujeres señalaron que fueron atadas durante el proceso de parto. Una paciente indicó que fue sometida a cortes o suturas sin el uso de anestesia. Nueve participantes afirmaron haber experimentado fuerza excesiva por parte del personal de salud con el objetivo de inducir el parto. En términos generales, el abuso físico se identificó hasta en el 2.56% (IC95%: 1.10 – 4.30) del total.

Tabla 7

Percepción de la atención no consentida por parte de pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.

Variable	Hospital 1		Hospital 2		No.	Total % (IC95%)
	No.	%	No.	%		
Atención no consentida						
Recibió información adecuada sobre los procedimientos médicos que se van a realizar a la mujer embarazada o a sus familiares.						
No*	0	0.00	14	6.17	14	3.99 (2.30 – 6.30)
Si	124	100.00	213	93.83	337	96.01 (93.70 – 97.70)
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00

Variable	Hospital 1		Hospital 2		No.	Total % (IC95%)
	No.	%	No.	%		
Atención no consentida						
Le solicitaron el permiso para realizar procedimientos ginecológicos como cesáreas, episiotomías (corte en la vagina), histerectomías (sacar el útero), transfusiones de sangre, ligadura de trompas, estimulación del trabajo de parto.						
No*	0	0.00	15	6.61	15	4.27 (2.30 – 6.60)
Si	124	100.00	212	93.39	336	95.73 (93.40 – 97.70)
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00
Se le obligó someterse a una cesárea.						
Si*	0	0.00	0	0.00	0	0.00
No	124	100.00	227	100.00	351	100.00
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00

Realizado por: Jaramillo, M & López, A. (2023)

*Indicio de VO.

En cuanto a la atención no consentida, se realizaron 3 preguntas referentes a la confidencialidad y el consentimiento guardado con los procedimientos o la información recibida o brindada. Catorce mujeres expresaron que no recibieron información adecuada sobre los procedimientos médicos que se llevarían a cabo. Adicionalmente, quince mujeres contestaron que no se les solicitó el permiso adecuado para realizar procedimientos ginecológicos como episiotomías, histerectomías, transfusiones de sangre, ligadura de trompas y demás. Es fundamental hacer referencia que el 4.27% (IC95%: 2.30 – 6.60) que recibió atención no consentida en cuanto a los procedimientos y el 3.99% (IC95%: 2.30 – 6.30) que no recibió información adecuada, correspondieron en su totalidad al hospital en el que se recogió información referente a la VO en 227 puérperas.

Tabla 8

Percepción de la atención no confidencial por parte de pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.

Variable	Hospital 1		Hospital 2		No.	Total % (IC95%)
	No.	%	No.	%		
Atención no confidencial						
Se le obligó a realizar el nacimiento en un lugar público, sin barreras de privacidad como cortinas o puertas.						
Si*	0	0.00	1	0.44	1	0.28 (0.00 – 0.90)
No	124	100.00	226	99.56	350	99.72 (99.10 – 100.00)
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00
El médico o enfermeras han compartido su información privada como edad, estado civil, historial médico y comorbilidades con otras personas que no se encuentren involucradas en el parto.						
Si*	0	0.00	1	0.44	1	0.28 (0.00 – 0.90)
No	124	100.00	226	99.56	350	99.72 (99.10 – 100.00)
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00

Realizado por: Jaramillo, M & López, A. (2023)

*Indicio de VO.

Para indagar sobre la atención no confidencial fue necesario realizar dos preguntas, esto de acuerdo a los informes de Bowser & Hill. Las interrogantes hacen referencia a si el nacimiento realizado por obligación en un lugar público o si los profesionales de la salud han compartido información delicada de la paciente. Para cada una de estas preguntas, solamente una mujer, respectivamente, contestó “Si” y de manera consecutiva, estos casos fueron identificados en el hospital 2. Al final, se puede mencionar que solamente el 0.28% (IC95%: 0.00 – 0.90) de las participantes incluidas en la investigación percibió VO por atención no confidencial.

Tabla 9

Percepción de la atención no digna por parte de pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.

Variable	Hospital 1		Hospital 2		Total	
	No.	%	No.	%	No.	% (IC95%)
Atención no digna						
Recibió humillación intencional, trato rudo, regaños, gritos, culpa.						
Si*	1	0.81	3	1.32	4	1.14 (0.30 – 2.30)
No	123	99.19	224	98.68	347	98.86 (97.70 – 99.70)
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00
Se le permitió tener un acompañante en la sala de parto.						
No*	81	65.32	43	18.94	124	35.33 (30.50 – 40.50)
Si	43	34.68	184	81.06	227	64.67 (59.50 – 69.50)
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00
Se le prohibió llorar mientras la paciente experimenta dolores propios del parto.						
Si*	3	2.42	7	3.08	10	2.85 (1.10 – 4.80)
No	121	97.58	220	96.92	341	97.15 (95.20 – 98.90)
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00

Realizado por: Jaramillo, M & López, A. (2023)

*Indicio de VO.

En cuanto a la atención no digna, dimensión de la VO que más contribuyó a la prevalencia final, para determinarla es necesario incluir tres preguntas que hacen referencia a si la paciente recibió o percibió humillación intencional, trato rudo, gritos, que no se le permita tener un acompañante en la sala de parto o que se le haya prohibido llorar mientras esta experimenta fuertes dolores referentes al parto. Las dos instituciones públicas cuentan con problemas en este rubro, pues ambas tienen problemas en cuanto exista una persona acompañante, elegida por la mujer, para que la acompañe en el parto. El 35.33% (IC95%: 30.50 – 40.50) de las mujeres contestaron que no se les permitía, sobre todo en el hospital 1, que alcanza un porcentaje que sobrepasa las tres quintas partes del total. En cuanto a las

otras dos preguntas, como en los anteriores casos, se detectó VO, pero son muy bajas y no representativas.

Tabla 10

Percepción de discriminación por parte de pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.

Variable Discriminación	Hospital 1		Hospital 2		No.	Total % (IC95%)
	No.	%	No.	%		
Rechazo por la edad.						
Si*	0	0.00	1	0.44	1	0.28 (0.00 – 0.90)
No	124	100.00	226	99.56	350	99.72 (99.10 – 100.00)
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00
Rechazo por la etnia.						
Si*	0	0.00	0	0.00	0	0.00
No	124	100.00	227	100.00	351	100.00
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00
Rechazo por contar con VIH / SIDA.						
Si*	0	0.00	0	0.00	0	0.00
No	124	100.00	227	100.00	351	100.00
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00
Rechazo por creencias y preferencias tradicionales.						
Si*	0	0.00	0	0.00	0	0.00
No	124	100.00	227	100.00	351	100.00
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00
Rechazo por el estado económico.						
Si*	0	0.00	0	0.00	0	0.00
No	124	100.00	227	100.00	351	100.00
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00
Rechazo por el nivel educativo.						
Si*	0	0.00	0	0.00	0	0.00
No	124	100.00	227	100.00	351	100.00
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00

Realizado por: Jaramillo, M & López, A. (2023)

*Indicio de VO.

En cuanto a la dimensión que hace referencia a la discriminación, solamente en el hospital 2 se identificó a una paciente que percibió VO, específicamente por rechazo a su edad. En

cuanto a la etnia, VIH/SIDA, creencias y preferencias tradicionales, el estado económico y el nivel educativo, ninguna puérpera mencionó respuestas que induzcan a la percepción de VO.

Tabla 11

Percepción de desatención por parte de pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.

Variable Desatención	Hospital 1		Hospital 2		No.	Total % (IC95%)
	No.	%	No.	%		
Recibió atención médica adecuada.						
No*	0	0.00	13	5.73	13	3.70 (2.00 – 5.70)
Si	124	100.00	214	94.27	338	96.30 (94.30 – 98.00)
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00
Se la dejó sola en el trabajo de parto.						
Si*	0	0.00	6	2.64	6	1.71 (0.60 – 3.10)
No	124	100.00	221	97.36	345	98.29 (96.90 – 99.40)
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00
Percibió actos negligentes por parte de las enfermeras, médicos u obstetras que la atendieron.						
Si*	0	0.00	3	1.32	3	0.85 (0.00 – 2.00)
No	124	100.00	224	98.68	348	99.15 (98.00 – 100.00)
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00
Existió el número adecuado de profesionales de la salud para asistirle en el parto.						
No*	2	1.61	17	7.49	19	5.41 (3.10 – 8.00)
Si	122	98.39	210	92.51	332	94.59 (92.00 – 96.90)
Total	124	100.00	227	100.00	351	100.00

Realizado por: Jaramillo, M & López, A. (2023)

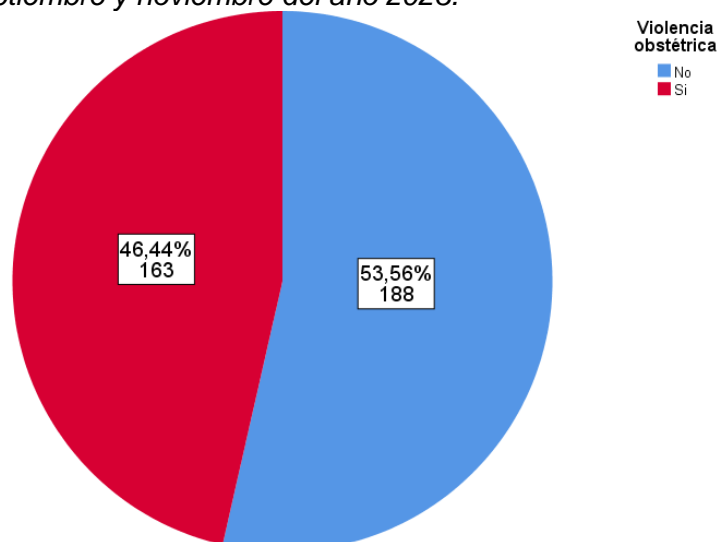
*Indicio de VO.

Por último y haciendo referencia a la atención médica no adecuada, trece mujeres percibieron este tipo de desatención, seis pacientes hicieron mención que se las dejó solas en el parto, tres percibieron actos negligentes por parte del cuerpo médico especializado y

diecinueve detectaron que no existió el número adecuado de profesionales asistiendo el parto.

Figura 3

Distribución porcentual de la percepción de violencia obstétrica por parte de pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.



Realizado por: Jaramillo, M & López, A. (2023)

De acuerdo con las tablas previamente expuestas sobre las dimensiones de la VO, se determinó que el 46.44% (41.30 – 51.90) de las participantes en este estudio experimentaron la percepción de VO. Para llegar a este porcentaje fue necesario considerar los indicios de VO en cada una de las dimensiones que componen esta problemática.

Tabla 12

Percepción de violencia obstétrica por parte de pacientes mujeres que cursan puerperio inmediato atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, entre septiembre y noviembre del año 2023.

Variable	Violencia obstétrica				Total		p	OR	IC95%
	Sí		No						
Institución pública	No.	%	No.	%	No.	%			
Hospital 1	85	52.10	39	20.70	124	35.30			
Hospital 2	78	47.90	149	79.30	227	64.70	0.000**	4.16	2.61 – 6.65
Total	163	100.00	288	100.00	351	100.00			

Realizado por: Jaramillo, M & López, A. (2023)

**Significancia estadística (p<0.05).

Existe relación estadística significativa entre el tipo de institución pública y la VO (p<0.05) en el 95% del universo de similares. Adicionalmente el Odd Ratio fue de 4.16 con un índice de confianza de 2.61 a 6.65, lo que quiere decir que en el hospital 1 existe 4.61 más

posibilidades de sufrir VO que en el hospital 2. En cuanto a las proporciones, en el hospital 1, de las mujeres que percibieron VO, fueron un total de ochenta y cinco, mientras que para el hospital 2 fueron setenta y ocho, formando de esta manera el grupo total de 163 mujeres con VO.

CAPÍTULO VI

6 DISCUSIÓN

La atención al parto ha experimentado cambios significativos a lo largo de décadas, impulsados por el proceso de institucionalización que ha llevado a una intensa medicalización del cuerpo femenino. Este enfoque ha contribuido a la desfragmentación, despersonalización y patologización del cuerpo de las mujeres, dando lugar al uso excesivo de intervenciones innecesarias tanto en las mujeres como en los recién nacidos. (73)

El paradigma de atención centrado en la integralidad ha sido gradualmente sustituido por tecnologías complejas destinadas a abordar el cuerpo femenino como si estuviera defectuoso. Esto refleja una perspectiva en la que la gestación ya no se comprende como un evento fisiológico natural, sino como un proceso que requiere un control y una intervención excesivos. (1)

Bajo este contexto de atención, las mujeres pasan a ser elementos secundarios en el escenario del parto, sometidas a un entorno controlado, rodeadas de reglas y protocolos institucionales que las separan de su contexto social y cultural. Además, esto desacredita su capacidad fisiológica para dar a luz. (74)

Los profesionales, respaldados por su autoridad técnico-científica y apoyados en relaciones de poder desiguales, utilizan dicha autoridad para mantener la obediencia a las reglas, generando perturbaciones en las interacciones humanas y debilitando los vínculos entre las pacientes. Esta dinámica resulta en la pérdida de autonomía de la mujer y de su derecho a tomar decisiones sobre asuntos relacionados con su cuerpo. Estas relaciones establecen una autoridad unilateral, creando un terreno propicio para la consolidación de diversas formas de violencia durante la atención al parto y al nacimiento. (75)

Conforme a las estadísticas proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), mujeres de todo el mundo se encuentran expuestas a asistencia violenta, enfrentándose a situaciones de maltrato, falta de respeto, abuso, negligencia y violación de los derechos humanos por parte de profesionales de la salud, especialmente durante el proceso de parto y nacimiento. (76)

En el transcurso de esta investigación, se evidenció que un 46.44% de los pacientes considerados en este estudio experimentaron VO en una o varias de las dimensiones que constituyen esta problemática. Entre las 227 participantes del hospital 2, 78 percibieron VO, mientras que, en la otra institución de salud, 85 de las 124 pacientes también sufrieron de

VO. La suma de casos en ambas instituciones dio como resultado un total de 163 mujeres maltratadas o que experimentaron alguna forma de falta de respeto, representando el 46.44% de las 351 mujeres incluidas en el estudio. La atención no digna fue la dimensión más prevalente, evidenciándose en el 35.33% de los casos, donde el problema que más frecuentemente se presentaba era que las mujeres indicaban que no se les permitía la presencia de un acompañante en la sala de parto en las casas de salud. Además, se estableció una relación estadística significativa entre el nivel educativo, la residencia y el nivel socioeconómico con la VO.

En el año 2020, Mena et al. llevaron a cabo un estudio a nivel nacional en España, que incluyó más de 17,000 respuestas a un cuestionario destinado a evaluar la violencia obstétrica (VO). Los resultados indicaron que el 38.30% de las participantes percibió haber experimentado VO, una proporción menor en comparación con el presente estudio, donde el 44.40% manifestó haber sido sometido a procedimientos innecesarios y/o dolorosos, una dimensión que supera notablemente lo encontrado en la investigación realizada en los dos hospitales públicos de la ciudad de Quito. Además, se observó que el 83.40% no había dado su consentimiento informado. A partir de estos hallazgos, se puede inferir que en España existe un serio problema de salud pública y de respeto a los derechos humanos de las mujeres en el período posparto, lo cual se traduce en la prevalencia de la VO. (69)

En 2019, Castro & Frías llevaron a cabo un estudio nacional en México, abarcando a más de 24,000 puérperas, donde encontraron que el 33.30% de las mujeres experimentó violencia obstétrica (VO) en su último parto, una proporción inferior a la identificada en el presente estudio. Al desglosar las dimensiones, se observó que el 23.60% sufrió abuso físico y el 17.10% recibió atención no consentida. Estos resultados fueron menores en comparación con la información proporcionada por las puérperas encuestadas en este estudio específico. Los autores concluyen que la VO representa un problema de derechos humanos que debe ser prevenido y erradicado, dado que es una práctica común en los servicios de atención de salud. (23)

Leavy et al. en el año 2023 realizaron un estudio de cohorte multicéntrico utilizando cuestionarios dentro de una red perinatal francesa. A pesar de esto, solamente se incluyeron a 123 madres, pero con seguimiento de hasta 2 meses. El 8.13% refirió falta de respeto durante el parto y hasta 3 días después, porcentaje muy bajo en comparación con los resultados del presente trabajo. El 10.56% reportó VO durante el parto a los 2 meses posparto. Incluso, la falta de respeto durante el parto se asoció con una peor salud mental durante el posparto. (77)

En el estudio realizado por Leite et al. en el año 2020 se determinó que la VO asoció con la depresión posparto ($p < 0.05$), tanto en el sector público como en el privado, tanto para partos vaginales como para cesáreas. En el ámbito de la atención médica pública, se encontró que la VO estaban vinculados con la hospitalización materna, la aplicación de maniobras de presión uterina, la no pertenencia al grupo étnico blanco y la no recepción del método de parto preferido (solo para cesáreas). En el ámbito de la atención médica privada, la única característica asociada con la VO, tanto en partos vaginales como en cesáreas, fue no recibir el método de parto deseado. A diferencia del presente estudio, a ninguna mujer se le obligó tener su parto con cesárea, de acuerdo a lo reportado por las puérperas. Adicionalmente y a diferencia del estudio de Leite et al., la VO no se relacionó con la etnia. (78)

En el estudio realizado por Adinew, con mujeres puérperas de la zona norte de Showa, Etiopía. Se incluyeron un total de 435 mujeres seleccionadas al azar que fueron atendidas en un centro de salud público en los 12 meses anteriores a la publicación de este artículo. Todas las pacientes reportaron al menos una forma de VO durante el parto. En el presente estudio, la VO fue percibida por el 46.44%, proporción mucho menor. Seguramente, esto se debe a la falta de protocolos de atención en las unidades de atención de diferentes hospitales ubicados en el continente africano. (8)

Todas las pacientes percibieron abuso físico, el 97.20% atención no consentida, 66.20% atención no confidencial, 34.70% abandono, 29% atención no digna, 22.80% atención discriminatoria 5.50% internamiento. El residir en la ruralidad, tener un ingreso mensual inferior, ser atendidas por mujeres y enfermeras parteras mostraron una asociación positiva significativa ($p < 0.05$) con la VO. Los porcentajes de todas las dimensiones sobrepasan a los encontrados en la presente investigación. Adicionalmente y al igual que en la investigación de Adinew, el lugar de residencia si se relaciona con las distintas formas de falta de respeto, al igual que el nivel socioeconómico. (8)

En el estudio de Sethi et al. realizado en el año 2017, se incluyeron a 2109 participantes de 40 diferentes instituciones médicas, entre centro de salud y hospitales. El 83.20% del total de pacientes percibieron VO (proporción mayor a la encontrada en la presente investigación), específicamente porque no se les permitía una persona de apoyo elegida por ellas. Una proporción bastante alta también fue encontrada en el rubro de que no se les brindaba privacidad, representando el 58.20% del total. En el presente estudio, la VO realmente es alta porque a las mujeres no se les permitía tener un acompañante, algo que puede ser contratado con la investigación de Sethi et al. (9)

En cuanto a estudios realizados en territorio ecuatoriano, en el año 2018, Brandao et al. identificaron que un 49.50% de las pacientes experimentaron diversas manifestaciones de VO en distintos servicios de salud pública en la ciudad de Quito. Este hallazgo es notable dado que la OMS reconoce la imperativa necesidad de ofrecer atención perinatal de la más alta calidad, especialmente centrándose en salvaguardar los derechos humanos de las mujeres y de los recién nacidos. (21)

Otro estudio ecuatoriano realizado en el año 2020, Meijer et al. determinó que, de 388 mujeres entrevistadas, el 46.90% percibieron VO, especialmente porque no tuvieron la oportunidad de estar acompañadas por alguien de su elección, ni en el parto ni en el posparto. Cabe mencionar que en este estudio solamente se estudiaron 3 componentes de la VO, información, acompañamiento y posición libre. (79)

Ambos estudios ecuatorianos cuentan con proporciones similares a las encontradas en la presente investigación y las razones son específicamente las mismas, que no se permite tener a alguien de la elección de madre en el parto. Es indispensable seguir los diferentes protocolos de atención y las recomendaciones de la OMS, para de esta manera respetar los derechos humanos de las mujeres y de los neonatos.

En cuanto a las fortalezas de la presente investigación, la inclusión de dos hospitales públicos brinda una perspectiva más completa y diversa de las experiencias de las mujeres, aumentando la validez externa de los resultados. La utilización de métodos cuantitativos proporciona una comprensión más holística de la percepción de la VO. Además, el enfoque en la experiencia informada por las propias mujeres aumenta la relevancia y la autenticidad de los hallazgos, ofreciendo una base sólida para abordar la problemática de manera integral.

Las principales limitaciones de este estudio se centran en la muestra, ya que es considerablemente más reducida en comparación con estudios multicéntricos internacionales que se han integrado tanto en el marco teórico como en la discusión de resultados. Este aspecto presenta un desafío significativo al intentar extrapolar los resultados a la población en su totalidad. Además, la autopercepción de la VO puede estar sujeta a la influencia de factores subjetivos y culturales, lo que podría introducir sesgos en la interpretación de los resultados. La carencia de un seguimiento a largo plazo también puede resultar en una limitación al comprender las posibles consecuencias a largo plazo derivadas de la experiencia de VO.

CAPÍTULO VII

7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

- La violencia obstétrica se percibió en el 46.44% del total de mujeres que cursan puerperio inmediato, atendidas en dos hospitales de la ciudad de Quito, entre los meses de septiembre y noviembre del 2023. El alto porcentaje de violencia obstétrica percibido fue causado, principalmente, porque a muchas puérperas no se les permitió tener un acompañante de su elección.
- Se identificó un promedio de edad de las participantes de 26.33 ± 6.23 años, con un rango de edad que fue desde 15 y los 45 años. La mayor proporción de las participantes estuvo entre los 20 y los 30 años. Adicionalmente, se encontró que más del 60% contaba con un nivel educativo alcanzado correspondiente a secundaria, predicaba la religión católica y se consideraba mestiza. Más de la mitad de las encuestadas residen en zonas urbanas y cuentan con un nivel socioeconómico medio. En cuanto a las características obstétricas, más de la mitad eran primíparas y tuvieron partos vaginales.
- Se encontró asociación estadística significativa entre el nivel educativo, la residencia y el nivel socioeconómico con la VO ($p < 0.05$). Se consideró factor de riesgo el pertenecer a un estatus socioeconómico bajo (OR: 1.41; IC95%: 1.04 – 1.91) y factor protector a residir en la ruralidad (OR:0.17; IC95%: 0.08 – 0.37).
- Se determinó relación estadística significativa entre el tipo de institución pública y la VO ($p < 0.05$). Además, se encontró que en el hospital 1 existe 4.61 más posibilidades de sufrir VO por parte de las puérperas en comparación con el hospital 2. Porcentualmente, en el hospital 1 se identificó a ochenta y cinco pacientes que percibieron VO.

7.2 Recomendaciones

- Para futuros proyectos de investigación, se sugiere ampliar la muestra estudiada incluyendo un número significativamente mayor de pacientes. Además, la consideración de la diversidad en términos de edad y factores de riesgo podría proporcionar una visión más completa de la violencia obstétrica en distintos grupos de pacientes.
- Se recomienda realizar un seguimiento a largo plazo de los pacientes después de haber experimentado violencia obstétrica, ya que esto podría revelar información valiosa sobre la evolución de su estado de salud, permitiendo una comprensión más profunda de este fenómeno y de sus repercusiones.
- Es aconsejable contemplar la inclusión de otros cuestionarios y métricas diferentes para evaluar la violencia obstétrica en mujeres, particularmente aquellos que han sido desarrollados o utilizados mayoritariamente en países latinoamericanos.
- La difusión de los resultados se vuelve crucial, especialmente los porcentajes obtenidos de violencia obstétrica en este estudio. Esto podría contribuir a que las instituciones médicas en Ecuador, tanto públicas como privadas, establezcan protocolos de atención respetuosa, más allá de la normativa existente que regula estas prácticas.
- Se considera que para futuros estudios se busque la prevalencia de la violencia obstétrica en dos instituciones con similares características, en cuanto a la prestación de servicios médicos especializados.
- Implementar programas de capacitación continua sobre la violencia obstétrica y sus efectos en las mujeres es esencial para sensibilizar a profesionales de la salud y a la comunidad en general. Estas capacitaciones podrían abordar no solo los aspectos médicos, sino también los psicológicos y sociales de la violencia obstétrica. Sería beneficioso incorporar enfoques interactivos, como estudios de casos y testimonios, para ofrecer una comprensión más profunda de las experiencias reales. Además, la colaboración con profesionales de la salud y organizaciones de derechos de las mujeres puede fortalecer la efectividad de estos programas al integrar la información en la práctica clínica y alentar la participación activa de la sociedad en la prevención y el abordaje de la violencia obstétrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jardim D, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. el 29 de noviembre de 2018;26. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100613&lng=en&tlng=en
2. Al Adib Mendiri M, Ibañez M, Casado M, Santos P. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. 2017;34(1):104–11. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152017000100104&lng=en&nrm=iso&tlng=es
3. Cohen S. Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Hum Stud* [Internet]. el 9 de mayo de 2016;39(2):231–47. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s10746-015-9369-x>
4. Afulani P, Diamond-Smith N, Golub G, Sudhinaraset M. Development of a tool to measure person-centered maternity care in developing settings: validation in a rural and urban Kenyan population. *Reprod Health* [Internet]. el 22 de diciembre de 2017;14(1):118. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0381-7>
5. Shimoda K, Horiuchi S, Leshabari S, Shimpuku Y. Midwives’ respect and disrespect of women during facility-based childbirth in urban Tanzania: a qualitative study. *Reprod Health* [Internet]. el 10 de diciembre de 2018;15(1):8. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0447-6>
6. Zitha E, Mokgatle MM. Women’s Views of and Responses to Maternity Services Rendered during Labor and Childbirth in Maternity Units in a Semi-Rural District in South Africa. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. el 13 de julio de 2020;17(14):5035. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/14/5035>
7. Villalba I. Nivel de violencia obstétrica y percepción del cuidado materno respetuoso durante el parto en hospitales públicos de Ecuador 2021 [Internet]. 2022. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/78913/Villalba_CHIM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=9&zoom=100,109,94

8. Adinew YM, Hall H, Marshall A, Kelly J. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in central Ethiopia. *Glob Health Action* [Internet]. el 1 de enero de 2021;14(1). Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2021.1923327>
9. Sethi R, Gupta S, Oseni L, Mtimuni A, Rashidi T, Kachale F. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based maternity care in Malawi: evidence from direct observations of labor and delivery. *Reprod Health* [Internet]. el 6 de diciembre de 2017;14(1):111. Disponible en: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0370-x>
10. Mapumulo S, Haskins L, Luthuli S, Horwood C. Health workers' disrespectful and abusive behaviour towards women during labour and delivery: A qualitative study in Durban, South Africa. *Zweigenthal VEM*, editor. *PLoS One* [Internet]. el 14 de diciembre de 2021;16(12):e0261204. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0261204>
11. Pereira C, Dominguez A, Toro J. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Rev Obs Ginecol Venez* [Internet]. 2015;75(2):81–90. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002
12. Carvalho IDS, De Brito RS. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. *Enfermería Glob* [Internet]. el 28 de junio de 2017;16(3):71. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/250481>
13. Tobasía C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez-Santiago R, et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. el 3 de mayo de 2019;43(1):1. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50724>
14. Agualsaca J. Normalización de la violencia obstétrica en la atención médica del Ecuador [Internet]. 2021. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/17514/2/TFLACSO-2021JAAA.pdf>
15. Ortega I, Rojas M, Bailón P, Martínez J. Violencia obstétrica en el hospital San José de Taisha. *Más Vita* [Internet]. 2020;3(1):66–84. Disponible en: <https://www.acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/168>
16. Constitución de la República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador

- [Internet]. 2008. Disponible en: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf
17. Asamblea Nacional del Ecuador. Código Orgánico Integral Penal [Internet]. Registro Oficial - Órgano del Gobierno del Ecuador. 2018. p. 144. Disponible en: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf
 18. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley orgánica para erradicar la violencia contra las mujeres [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf
 19. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet]. 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf
 20. Instituto Nacional de Salud Pública de México. La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>
 21. Brandão T, Cañadas S, Galvis A, de los Ríos MM, Meijer M, Falcon K. Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. octubre de 2018;143(1):84–8. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12625>
 22. Annborn A, Finnbogadóttir HR. Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery* [Internet]. febrero de 2022;105(1):103212. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613821002874>
 23. Castro R, Frías SM. Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. *Violence Against Women* [Internet]. el 8 de mayo de 2020;26(6–7):555–72. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801219836732>
 24. Rodríguez J, Martínez A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gac Sanit* [Internet]. mayo de 2021;35(3):211–2. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911120301898>
 25. Araujo J. Obstetric violence: a hidden dehumanizing practice, exercised by medical

- care personnel: Is it a public health and human rights problem? *Rev Mex Med Forense* [Internet]. 2019;4(2):1–11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/forense/mmf-2019/mmfi192a.pdf>
26. Lansky S, Souza KV de, Peixoto ER de M, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Cien Saude Colet* [Internet]. agosto de 2019;24(8):2811–24. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802811&tlng=pt
27. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal M do C. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. febrero de 2022;27(2):483–91. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232022000200483&tlng=pt
28. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. Jewkes R, editor. *PLOS Med* [Internet]. el 30 de junio de 2015;12(6):e1001847. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
29. Afulani PA, Phillips B, Aborigo RA, Moyer CA. Person-centred maternity care in low-income and middle-income countries: analysis of data from Kenya, Ghana, and India. *Lancet Glob Heal* [Internet]. enero de 2019;7(1):e96–109. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X18304030>
30. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility - based childbirth [Internet]. Harvard School of Public Health. 2010. p. 1–57. Disponible en: https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf
31. Jungari S, Sharma B, Wagh D. Beyond Maternal Mortality: A Systematic Review of Evidences on Mistreatment and Disrespect During Childbirth in Health Facilities in India. *Trauma, Violence, Abus* [Internet]. el 20 de octubre de 2021;22(4):739–51. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524838019881719>
32. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-

- Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica* [Internet]. agosto de 2014;30(suppl 1):S17–32. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&tlng=pt
33. Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwiya C, Warren CE, et al. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bull World Health Organ* [Internet]. el 1 de diciembre de 2014;92(12):915–7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4264393/pdf/BLT.14.137869.pdf/>
 34. Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman LP, Kujawski S, et al. Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: lessons learned. *Reprod Health* [Internet]. el 11 de diciembre de 2017;14(1):127. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0389-z>
 35. Organización Mundial de la Salud. Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities [Internet]. 2020. Disponible en: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/qoc/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-newborn-care-in-health-facilities.pdf>
 36. Koblinsky M, Moyer CA, Calvert C, Campbell J, Campbell OMR, Feigl AB, et al. Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action. *Lancet* [Internet]. noviembre de 2016;388(10057):2307–20. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616313332>
 37. Kyei-Nimakoh M, Carolan-Olah M, McCann T V. Access barriers to obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa—a systematic review. *Syst Rev* [Internet]. el 6 de diciembre de 2017;6(1):110. Disponible en: <http://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-017-0503-x>
 38. Khalil M, Carasso KB, Kabakian-Khasholian T. Exposing Obstetric Violence in the Eastern Mediterranean Region: A Review of Women’s Narratives of Disrespect and Abuse in Childbirth. *Front Glob Women’s Heal* [Internet]. el 25 de abril de 2022;3. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fgwh.2022.850796/full>

39. Maternal Health Task Force. Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.mhtf.org/document/respectful-maternity-care-the-universal-rights-of-childbearing-women/>
40. Leite TH, Marques ES, Mesenburg MA, Freitas da Silveira M, Leal M do C. The effect of obstetric violence during childbirth on breastfeeding: findings from a perinatal cohort "Birth in Brazil". *Lancet Reg Heal - Am* [Internet]. marzo de 2023;19:100438. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2667193X23000121>
41. Tobasía-Hege C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez-Santiago R, et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. el 3 de mayo de 2019;43:1. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50724>
42. Mesenburg MA, Victora CG, Jacob Serruya S, Ponce de León R, Damaso AH, Domingues MR, et al. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reprod Health* [Internet]. el 27 de diciembre de 2018;15(1):54. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0495-6>
43. Martínez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery* [Internet]. mayo de 2022;108:103297. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613822000493>
44. Mihret M. Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. *BMC Res Notes* [Internet]. el 18 de diciembre de 2019;12(1):600. Disponible en: <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-019-4614-4>
45. Okafor II, Ugwu EO, Obi SN. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. febrero de 2015;128(2):110–3. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1016/j.ijgo.2014.08.015>
46. Asefa A, Bekele D, Morgan A, Kermode M. Service providers' experiences of disrespectful and abusive behavior towards women during facility based childbirth in Addis Ababa, Ethiopia. *Reprod Health* [Internet]. el 5 de diciembre de 2018;15(1):4.

- Disponibile en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0449-4>
47. Siraj A, Teka W, Hebo H. Prevalence of disrespect and abuse during facility based child birth and associated factors, Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. el 27 de diciembre de 2019;19(1):185. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2332-5>
 48. Asefa A, Bekele D. Status of respectful and non-abusive care during facility-based childbirth in a hospital and health centers in Addis Ababa, Ethiopia. *Reprod Health* [Internet]. el 16 de diciembre de 2015;12(1):33. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-015-0024-9>
 49. Idris S, Sambo M, Ibrahim M. Barriers to utilisation of maternal health services in a semi-urban community in northern Nigeria: The clients' perspective. *Niger Med J* [Internet]. 2013;54(1):27. Disponible en: <http://www.nigeriamedj.com/text.asp?2013/54/1/27/108890>
 50. Cunha Rodrigues FA, Gama Lira SV, Magalhães PH, Freitas AL e V, Silva Mitros VM da, Almeida PC. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. *Reprodução Clim* [Internet]. mayo de 2017;32(2):78–84. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1413208716300723>
 51. Montesinos-Segura R, Urrunaga-Pastor D, Mendoza-Chuctaya G, Taype-Rondan A, Helguero-Santin LM, Martinez-Ninanqui FW, et al. Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. febrero de 2018;140(2):184–90. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12353>
 52. Kruk ME, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, Freedman LP. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy Plan* [Internet]. el 1 de enero de 2018;33(1):e26–33. Disponible en: <https://academic.oup.com/heapol/article/33/1/e26/2907853>
 53. Ishola F, Owolabi O, Filippi V. Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: A systematic review. Fernandez-Reyes D, editor. *PLoS One* [Internet]. el 21 de marzo de 2017;12(3):e0174084. Disponible en:

<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0174084>

54. Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, et al. The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health* [Internet]. el 11 de diciembre de 2019;16(1):77. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0729-2>
55. van der Pijl MSG, Verhoeven CJM, Verweij R, van der Linden T, Kingma E, Hollander MH, et al. Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey. *Reprod Health* [Internet]. el 8 de diciembre de 2022;19(1):160. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-022-01460-4>
56. Werdofa HM, Lindahl AK, Lulseged B, Thoresen L. Women's perspectives on disrespect and abuse experiences during childbirth in a teaching hospital in Southwest Ethiopia: a qualitative study. *Sex Reprod Heal Matters* [Internet]. el 31 de diciembre de 2022;30(1). Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2022.2088058>
57. Burrowes S, Holcombe SJ, Jara D, Carter D, Smith K. Midwives' and patients' perspectives on disrespect and abuse during labor and delivery care in Ethiopia: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. el 22 de diciembre de 2017;17(1):263. Disponible en: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1442-1>
58. Moore BM, Alex-Hart BA, George IO. Utilization of health care services by pregnant mothers during delivery: a community based study in Nigeria. *East Afr J Public Health* [Internet]. marzo de 2012;8(1):49–51. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22066284>
59. Okedo-Alex IN, Akamike IC, Eze II, Onwasigwe CN. Does disrespect and abuse during childbirth differ between public and private hospitals in Southeast Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. el 31 de diciembre de 2021;21(1):852. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-04298-z>
60. Madeira S, Pileggi V, Souza JP. Abuse and disrespect in childbirth process and abortion situation in Latin America and the Caribbean—systematic review protocol.

- Syst Rev [Internet]. el 3 de diciembre de 2017;6(1):152. Disponible en: <http://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-017-0516-5>
61. Mengesha MB, Desta AG, Maeruf H, Hidru HD. Disrespect and Abuse during Childbirth in Ethiopia: A Systematic Review. Ozgu-Erdinc AS, editor. Biomed Res Int [Internet]. el 23 de octubre de 2020;2020:1–14. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2020/8186070/>
 62. Ratcliffe HL, Sando D, Lyatuu GW, Emil F, Mwanyika-Sando M, Chalamilla G, et al. Mitigating disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: an exploratory study of the effects of two facility-based interventions in a large public hospital. Reprod Health [Internet]. el 18 de diciembre de 2016;13(1):79. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0187-z>
 63. Werner L. Violencia Basada en Género Contra las Mujeres en el Ecuador: Las Prácticas de Revictimización en el Sistema de Justicia Legal. Desafíos y Soluciones para la Justicia y la Paz [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.cepam.org.ec/wp-content/uploads/2020/11/Tesis-Leonie-traduccion-espanol-noviembre-2020.pdf>
 64. Dornelas ACV de R, Rodrigues L dos S, Penteado MP, Batista RFL, Bettiol H, Cavalli R de C, et al. Abuse, disrespect and mistreatment during childbirth care: contribution of the Ribeirão Preto cohorts, Brazil. Cien Saude Colet [Internet]. febrero de 2022;27(2):535–44. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232022000200535&tIng=en
 65. Rivas E, Bonilla E. Influencia del Historial de victimización en mujeres nicaraguenses en la transmisión intergeneracional de la violencia [Internet]. 2020. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7873323.pdf>
 66. Conceição HN da, Gonçalves CFG, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Madeiro AP. Desrespeito e abuso durante o parto e depressão pós-parto: uma revisão de escopo. Cad Saude Publica [Internet]. 2023;39(5). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2023000502001&tIng=pt
 67. Molero KL, Urdaneta Machado JR, V C, Baabel Zambrano N, Contreras Benítez A, Azuaje Quiroz E, et al. Prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes

- y adultas. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2014;79(4):294–304. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
68. Ministerio de Salud Pública. Establecimientos de salud amigos de la madre y del niño (ESAMyN) [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/>
69. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women’s Perception and Interterritorial Differences. Int J Environ Res Public Health [Internet]. el 22 de octubre de 2020;17(21):7726. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/7726>
70. Sheferaw ED, Bazant E, Gibson H, Fenta HB, Ayalew F, Belay TB, et al. Respectful maternity care in Ethiopian public health facilities. Reprod Health [Internet]. el 16 de diciembre de 2017;14(1):60. Disponible en: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0323-4>
71. Arias F, Arteaga E, San Sebastián M. Social inequalities in women exposed to obstetric and gyneco-obstetric violence in Ecuador: a cross-sectional study. BMC Womens Health [Internet]. el 13 de octubre de 2022;22(1):419. Disponible en: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-022-01998-2>
72. Jojoa-Tobar E, Cuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Suarez-Bravo JP. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. Rev la Univ Ind Santander Salud [Internet]. el 15 de mayo de 2019;51(2):136–47. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/9537/9335>
73. WHO. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. 2015; Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf;jsessionid=B5932BE66D2E0C03A74B1BA7C2E90DC6?sequence=1
74. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. Interface - Comun Saúde, Educ [Internet]. el 3 de noviembre de 2016;21(60):209–20. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100209&lng=pt&tlng=pt

75. Bellón S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Rev Int Éti Apli* [Internet]. 2015;7(18). Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>
76. Knight-Agarwal CR, Williams LT, Davis D, Davey R, Cochrane T, Zhang H, et al. Association of BMI and interpregnancy BMI change with birth outcomes in an Australian obstetric population: a retrospective cohort study. *BMJ Open* [Internet]. el 10 de junio de 2016;8(5):e018778. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
77. Leavy E, Cortet M, Huissoud C, Desplanches T, Sormani J, Viaux-Savelon S, et al. Disrespect during childbirth and postpartum mental health: a French cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. el 12 de abril de 2023;23(1):241. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-05551-3>
78. Leite TH, Pereira APE, Leal M do C, da Silva AAM. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. *J Affect Disord* [Internet]. agosto de 2020;273:391–401. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016503272030865X>
79. Meijer M, Brandão T, Cañadas S, Falcon K. Components of obstetric violence in health facilities in Quito, Ecuador: A descriptive study on information, accompaniment, and position during childbirth. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. el 17 de marzo de 2020;148(3):355–60. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13075>

ANEXOS

Anexo 1

Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Unidad de dimensión	Tipo de variable	Codificación
Edad	Años cumplidos a la fecha de estar en puerperio inmediato.	Numérica	Cuantitativa	No aplica.
Nivel educativo	Grado de estudio realizado o en curso.	Analfabeta Primaria Secundaria	Cualitativa	1 = Analfabeta 2 = Primaria 3 = Secundaria
Etnia	Grupo de individuos que pertenecen a la misma raza.	Superior Mestizo Indígena Otra	Cualitativa	4 = Superior 1 = Mestizo 2 = Indígena 3 = Afroecuatoriano
Religión	Creencias religiosas que dan la pauta para el comportamiento.	Católica Otra	Cualitativa	4 = Otra 1 = Católica 2 = Otra
Residencia	Localización geográfica donde reside la paciente.	Ninguna Rural Urbana Alto	Cualitativa	3 = Ninguna 1 = Rural 2 = Urbana 1 = Alto
Nivel socioeconómico	Distribución de las personas de acuerdo con su nivel social y económico.	Medio alto Medio Medio bajo Bajo	Cualitativa	2 = Medio alto 3 = Medio 4 = Medio bajo 5 = Bajo
Paridad	Número de embarazos previos.	Nulípara Primípara Multípara	Cualitativa	1 = Nulípara 2 = Primípara 3 = Multípara
Tipo de parto	Forma en cómo se da el nacimiento del neonato.	Cesárea Parto normal	Cualitativa	1 = Cesárea 2 = Parto normal
Abuso físico	Lesión física no	Si /	Cualitativa	1 = Si

Variable	Definición conceptual	Unidad de dimensión	Tipo de variable	Codificación
	accidental.	No		2 = No
Atención no consentida	Procedimientos médicos no autorizados.	Si /	Cualitativa	1 = Si
		No		2 = No
Atención no confidencial	Atención en donde no existe una seguridad recíproca entre el paciente y el médico.	Si /	Cualitativa	1 = Si
		No		2 = No
Atención no digna	Atención que carece de decencia, donde se incluyen humillaciones, regaños, gritos.	Si /	Cualitativa	1 = Si
		No		2 = No
Discriminación	Trato desigual hacia el paciente.	Si /	Cualitativa	1 = Si
		No		2 = No
Desatención	Falta de atención profesional.	Si /	Cualitativa	1 = Si
		No		2 = No
Violencia obstétrica	Prácticas y conductas realizadas a las mujeres durante el embarazo, el parto o cesárea y el puerperio, que por omisión o por acción, son violentas.	Si /	Cualitativa	1 = Si
		No		2 = No

Anexo 2

Consentimiento informado.

CONSIDERACIONES MÍNIMAS PARA EL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO OBSERVACIONAL CON USO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS Y/O EN EL QUE SE INVOLUCRE A POBLACIÓN VULNERABLE¹

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

“Percepción de la violencia obstétrica informada por las mujeres atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, en el año 2023.”

NOMBRE DE INVESTIGADOR 1: Martina Pilar Jaramillo Correa

NOMBRE DE INVESTIGADOR 2: Andrea Estefanía López Palma

NOMBRE DEL PATROCINADOR: No aplica.

NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN:

Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez.

Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.

EVALUADO Y APROBADO POR: EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA PUCE.

INTRODUCCIÓN: La violencia obstétrica hace referencia a las conductas y prácticas que son realizadas a las mujeres que se encuentran cursando un embarazo, al momento del parto o en el puerperio, ya sea tanto en instituciones públicas como privadas, que por acción u omisión son violentas o que pueden ser percibidas como violentas.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Mediante la aplicación de la encuesta se busca describir la percepción de la violencia obstétrica informada por mujeres que sean atendidas en servicios de parto en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito.

¹ Tomado y modificado del Anexo 4. Consideraciones mínimas que debe cumplir el documento de consentimiento informado. De los requisitos de la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud- CGDES-MSP.

PROCEDIMIENTOS: Se le realizará 6 preguntas que están relacionadas con el trato que usted recibió en este hospital durante su proceso de atención del parto.

RIESGOS: Usted puede estar expuesta a revictimización.

REVICTIMIZACIÓN: La revictimización de la mujer significa que después de sufrir violencia obstétrica, puede ser lastimada nuevamente debido a cómo la tratan o responden las personas con las que interactúa. Es posible que existan sentimientos de culpabilidad, avergonzamiento y desconfianza si es que no hay una protección y apoyo adecuado.

PLAN DE CONTINGENCIA EN CASO DE REVICTIMIZACIÓN: El abuso físico, atención no digna, atención no consentida, discriminación y las otras categorías permiten conocer si existe violencia obstétrica. Las preguntas son claras y específicas, enfocándose en las experiencias concretas que se están evaluando, sin generalizar ni utilizar términos vagos.

Es importante mencionar que las investigadoras cuentan con la formación y capacitación adecuada para abordar estos temas de manera sensible y respetuosa. En cualquier caso, se garantizará la privacidad y confidencialidad de usted, además de que se obtendrá su consentimiento informado antes de realizar la evaluación.

Asimismo, se establecerá un protocolo específico para las mujeres que sientan revictimización por haber presentado abuso físico, atención no digna, atención no consentida, discriminación o cualquier otra categoría que sugiera violencia obstétrica, donde prevalecerá el sentido de protección y apoyo de la persona evaluada.

Este protocolo cuenta con los siguientes pasos:

- 1.- En el caso en que la mujer entrevistada informe revictimización, terminará inmediatamente la recolección de la información.
- 2.- La paciente será derivada al psicólogo de turno.
- 3.- Se eliminará la información, que se obtuvo de la paciente.

BENEFICIOS: Usted podrá conocer los resultados de esta investigación. Una vez se concluya con el estudio, se publicarán los resultados en las gacetas informativas en las instituciones de salud en donde se recogió la información.

COSTOS Y COMPENSACIÓN: Usted no recibirá ningún tipo de incentivo o recompensa por participar en la investigación.

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS: No se le pedirá en ningún momento datos personales como sus nombres o número de cédula. Las investigadoras garantizan la confidencialidad de la información recolectada. La información obtenida será empleada únicamente para realizar el proyecto de investigación.

DERECHOS Y OPCIONES DEL PARTICIPANTE: Usted cuenta con el derecho de retirarse en el momento que desee, así usted haya aceptado participar.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Investigador 1: Md. Martina Pilar Jaramillo Correa

Correo Electrónico: mpjaramillo@puce.edu.ec

Teléfono: 096179824

Investigador 2: Md. Andrea Estefanía López Palma

Correo Electrónico: aelopez@puce.edu.ec

Teléfono: 0992603242

Presidente del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos: Dr. Galo Sánchez del Hierro

Correo electrónico: gasanchez@puce.edu.ec

Teléfono: 2991700, ext. 2917

Dirección: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; Av. 12 de octubre 1076 y Roca,
Quito, edificio administrativo, piso 3, oficina 327.

PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted declara que ha leído el documento de consentimiento, que ha comprendido los riesgos y beneficios de participar, que han respondido a todas sus preguntas, que consciente voluntariamente su participación en el estudio y que tiene el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento sin que esto afecte las atenciones a las que tiene derecho.

Al firmar el documento de consentimiento informado, el participante NO renuncia a ninguno de los derechos que por ley le corresponden. Se le entregará una copia de este documento al participante, una vez suscrito el mismo por las partes.

(Nombre del participante)	(Firma o huella del participante)	Fecha
(Nombre del investigador)	(Firma del investigador)	Fecha

B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

A pesar de que el participante haya aceptado previamente su participación en la investigación en mención revoca su autorización, lo cual implicará que los datos obtenidos del participante sean eliminados y no se utilicen para ningún fin.

Aclarando que, si esto sucede, no causará ninguna penalidad para el participante y no tendrá impacto alguno en la atención en salud que por ley le corresponde.

(Nombre del participante)	(Firma o huella del participante)	Fecha
(Nombre del investigador)	(Firma del investigador)	Fecha

Anexo 3
Instrumento.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR



Título del estudio: Percepción de la violencia obstétrica informada por las mujeres atendidas en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito, en el año del 2023.

Objetivo: Describir la percepción de la violencia obstétrica informada por mujeres que sean atendidas en servicios de parto en dos hospitales públicos de la ciudad de Quito.

Nombre de la investigadora 1: Md. Martina Pilar Jaramillo Correa

Nombre de la investigadora 2: Md. Andrea Estefanía López Palma

Investigador:	
Fecha:	

1.- ¿Cuál es su edad?

2.- ¿Cuál es su nivel educativo?

Analfabeta	
Primaria	
Secundaria	
Superior	

3.- ¿Cuál es su etnia?

Mestiza	
Indígena	
Afroecuatoriana	
Otra	

4.- ¿Cuál es su religión?

Católica	
Otra	
Ninguna	

5.- ¿Cuál es su residencia?

Urbana	
Rural	

6.- ¿Cuál es su nivel socioeconómico?

Alto	
Medio alto	
Medio	
Medio bajo	
Bajo	

7.- ¿Cuántos partos ha tenido?

Uno	
Dos o más	

8.- ¿Cuál fue su tipo de parto?

Parto vaginal	
Cesárea	

**9.- ¿En su estancia hospitalaria usted ha recibido o ha percibido abuso físico?
Corresponde al menos a una de las siguientes razones:**

PARÁMETROS	SI	NO
Ha recibido golpes, amenaza de golpes, abofeteadas, pellizcones.		
Se la ha atado durante el parto.		
Ha recibido cortes o suturas sin el uso de anestesia.		
El personal de salud uso fuerza excesiva para provocar el parto.		

10.- ¿Ha habido algún momento durante su atención médica en el que haya sentido que se le estaba prestando atención sin su consentimiento? Corresponde al menos a una de las siguientes razones:

PARÁMETROS	SI	NO
Se le brindó la información adecuada sobre los procedimientos médicos que se van a realizar a la mujer embarazada o a sus familiares.		
Sé solicitó el permiso para realizar procedimientos ginecológicos como cesáreas, episiotomías (corte en la vagina), histerectomías (sacar el útero), transfusiones de sangre, ligadura de trompas, estimulación del trabajo de parto.		
Se le obligó someterse a una cesárea.		

11.- ¿Se guardó confidencialidad durante su estancia hospitalaria? Corresponde al menos a una de las siguientes razones:

PARÁMETROS	SI	NO
Se le obligó a realizar el nacimiento en un lugar público, sin barreras de privacidad como cortinas o puertas.		
El médico o enfermeras han compartido su información privada como edad, estado civil, historial médico y comorbilidades con otras personas que no se encuentren involucradas en el parto.		

12.- ¿En su estancia hospitalaria percibió atención no digna? Corresponde al menos a una de las siguientes razones:

PARÁMETROS	SI	NO
Recibió humillación intencional, trato rudo, regaños, gritos, culpa.		
Sé le permitió tener al menos un acompañante en la sala de parto.		
Prohibición de llorar mientras la paciente experimenta dolores propios del parto.		

13.- ¿En su estancia hospitalaria recibió o percibió discriminación? Corresponde al menos a una de las siguientes razones:

PARÁMETROS	SI	NO
Rechazo por la edad.		
Rechazo por la etnia.		
Rechazo por contar con VIH / SIDA.		
Rechazo por creencias y preferencias tradicionales.		
Rechazo por el estado económico.		
Rechazo por el nivel educativo.		

14.- ¿Usted ha sido atendida durante su estancia hospitalaria? Corresponde al menos a una de las siguientes razones:

PARÁMETROS	SI	NO
Recibió atención médica.		
Se la dejó sola en el trabajo de parto.		
Percibió actos negligentes por parte de las enfermeras, médicos u obstétrices que la atendieron.		
Existió el número adecuado de profesionales de la salud para asistirle en el parto.		