



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
HOSPITAL GENERAL DEL OESTE "Dr. JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ"

VIOLENCIA OBSTÉTRICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PACIENTE

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en
Obstetricia y Ginecología

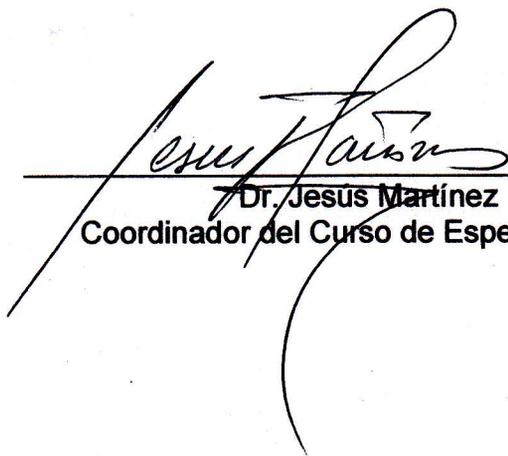
Carlota Josiree Pereira Ramírez
Alexa Liana Domínguez Villarroel

Tutora: Judith Toro Merlo

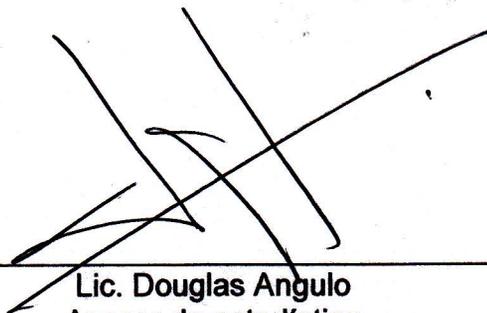
Caracas, Mayo de 2013



Dra. Judith Toro Merlo
Tutora y Directora del Curso de Especialización



Dr. Jesús Martínez
Coordinador del Curso de Especialización



Lic. Douglas Angulo
Asesor de estadística

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
MÉTODOS	14
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	18
REFERENCIAS	23
ANEXOS	26

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer es una de las principales formas de violación de los derechos humanos. Dentro de las medidas para reducir la violencia contra la mujer están los principales convenios internacionales para la defensa de los derechos de la mujer que nuestro país ha suscrito, y derivando de allí se sancionó el 25/11/2006 la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la cual contempla 19 formas de violencia (Artículo 15), entre ellas la violencia obstétrica. ⁽¹⁾

El problema de la violencia contra la mujer es una lamentable realidad que se observa con relativa frecuencia en la sociedad actual, dentro del cual se considera la violencia a la que está expuesta la embarazada, ejercida incluso por parte del personal que presta servicios de salud, durante su hospitalización para ser atendida por parto, por cesárea o por aborto espontáneo, situación que ha sido calificada como violencia obstétrica, lo cual tiene implicaciones legales.

El obstetra y Ginecólogo como médico especialista tiene la responsabilidad de ejercer su práctica profesional, aplicando criterios de ejercicio actualizado, científico, ético, dentro del marco legal vigente, acorde con la realidad y siguiendo los principios de racionalidad y humanismo que le deben caracterizar. ⁽²⁻³⁾

Planteamiento y delimitación del problema

El parto es un acto natural y fisiológico del proceso reproductivo, mediante el cual el feto es expulsado del útero al exterior culminando así el proceso de la gestación. No obstante, su atención ha sido tradicionalmente convertida en un acto médico individual, particularmente para el campo de acción de la especialidad obstétrica. ⁽⁴⁻⁵⁾

Por tanto, el parto no constituye una enfermedad de la mujer, sino por el contrario, es un proceso natural, fisiológico y vital de su cuerpo, asociado a la sexualidad femenina y a la función reproductora, aun cuando durante su progreso puedan surgir complicaciones que requieran atención médica oportuna. En este muy complejo proceso del parto intervienen múltiples variables con una perspectiva antropológica, social, cultural, y psicológica. ⁽⁵⁾

Durante el trabajo de parto y el período expulsivo, situaciones de gran vulnerabilidad y sensibilidad, toda mujer, sin distinción de edad, tiene derecho a ser tratada con respeto de modo individual y personalizado, garantizando su intimidad y sus pautas

socio-culturales. Asimismo, tiene derecho a recibir información oportuna sobre la evolución del parto y a ser atendida en un ambiente de óptimas condiciones. ⁽⁶⁾

En tal sentido, la Organización Mundial para la Salud (OMS) ha hecho una serie de recomendaciones, bajo una declaración denominada "El nacimiento no es una enfermedad", cuyo objetivo consiste en preservar el carácter natural del proceso del parto. Entre las prácticas aconsejadas por la OMS con ese propósito, se encuentran la de reducir las tasas de cesáreas a menos del 15 %, así como evitar el uso inadecuado de la tecnología para la atención obstétrica. ⁽⁷⁾

El Día Internacional de la Mujer se conmemora el 8 de marzo. Mientras que, el 25 de noviembre se celebra el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, declarado por la Asamblea General la Organización de la Naciones Unidas desde el 17 de diciembre de 1999. Son estas ocasiones propicias para reflexionar sobre la magnitud e importancia del problema que, a nivel mundial, representa la violencia contra la mujer, revisando los avances obtenidos sobre los derechos femeninos y exigiendo los cambios necesarios en procura de la justicia que ellas merecen. No obstante, es mucho lo que aún queda por hacer para resolver el problema de la violencia contra la mujer.

Desde el año 2004 se viene celebrando la Semana Mundial del Parto Respetado durante el mes de mayo en varios países del mundo a partir de la iniciativa de la Asociación Francesa por el Parto Respetado (AFAR). En el año 2012, la celebración correspondió a la semana entre el 21 y el 27 de mayo. Cada año han venido sumándose progresivamente más países a esta iniciativa, que tiene como su objetivo final lograr la humanización y el respeto debido en el parto y el nacimiento, para lo que se hace necesario que la sociedad y el Estado procuren una forma más digna de parir y de nacer, mediante la difusión del marco legal que brinda protección a las mujeres durante el proceso de parto y nacimiento; la toma de conciencia por parte de la ciudadanía sobre el rol protagónico de la mujer durante el embarazo y el parto, con el fin de potenciar su autonomía y libre determinación; y garantizar la erradicación de las prácticas obstétricas innecesarias.

En Latinoamérica, se ha legislado en la materia, durante estos últimos años en Bolivia, Colombia, Perú, México (1998), Nicaragua (1996), Panamá (1995),

Paraguay, Bahamas, República Dominicana (1997) y Venezuela (1998 y 2006); entre otros países, han aprobado leyes o artículos de reforma a sus respectivos Códigos Penales para sancionar la violencia contra la mujer y proteger sus derechos.

En Venezuela, celebrándose el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, el 25 de noviembre de 2006 fue aprobada por la Asamblea Legislativa de la República Bolivariana de Venezuela la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, siendo publicada en la Gaceta Oficial N° 38.647 de fecha 19 de marzo de 2007, cuando entró en vigencia, en sustitución a la anterior Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia de 1998. Dicha Ley fue nuevamente publicada por error de reimpresión en fecha 17 de septiembre del 2007 en la Gaceta Oficial N° 38.770. ⁽¹⁾

En su Artículo 14, la Ley sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, establece lo siguiente “La violencia contra las mujeres a que se refiere la presente Ley, comprende todo acto sexista que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, emocional, laboral, económico o patrimonial; la coacción o la privación arbitraria de la libertad, así como la amenaza de ejecutar tales actos, tanto si se producen en el ámbito público como en el privado”. ⁽¹⁾

Cabe resaltar que, en esta Ley se incluye a la violencia obstétrica como un novedoso concepto en la legislación venezolana (Artículo 51), siendo Venezuela el primer país a nivel mundial que incluyó este tipo de violencia contra la mujer, respecto a la atención de la embarazada durante el proceso del parto, tipificando los casos que constituyen delitos y estableciendo las medidas de sanción a imponerle al responsable, entre el personal de salud, de cometer actos de violencia obstétrica.

La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, rectora de la especialidad en el país, en cumplimiento de lo establecido en su Estatuto, tomó la iniciativa de realizar jornadas para la información sobre el contenido de la Ley. Estas jornadas se diseñaron de tal forma que trataron los aspectos médicos y jurídicos y se celebraron los días 11 y 12 de julio de 2007 en Caracas.

Por otra parte, en la XXI Jornada Nacional de Obstetricia y Ginecología, celebrada en la ciudad de Mérida del 31 de octubre al 1° de noviembre de 2007, se realizó una

conferencia plenaria sobre la Ley y, en el XXIV Congreso Nacional, realizado en Maracaibo del 11 al 14 de marzo de 2008, se trató el tema nuevamente siendo analizado desde la perspectiva médica.

Asimismo, en la actualidad, el tema de la violencia obstétrica ocupa un lugar de interés prioritario para la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la cual, junto con otras instituciones internacionales, aúnan esfuerzos en favor de poner de manifiesto el grave problema social de la violencia contra la mujer con la finalidad de prevenirlo y combatirlo debidamente. ⁽⁸⁾

De manera que, el obstetra y ginecólogo debe conocer detalladamente los aspectos legales que le competen a los fines de su ejercicio profesional, así como poner en práctica los aspectos preventivos necesarios para evitar la violencia obstétrica por parte de todos los integrantes del personal de salud.

No obstante, muchos médicos no conocen bien esta Ley, los actos que se consideran violencia obstétrica y las sanciones que establece. De conformidad con lo anteriormente mencionado surge la siguiente interrogante ¿Son víctimas de violencia obstétrica las pacientes que acuden a la sala de partos del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” de Caracas”

Justificación e importancia

Se justifica la realización del presente trabajo de investigación, ya que se propone conocer la calidad de la atención obstétrica prestada a las gestantes durante el período del parto, de la cesárea o de un aborto espontáneo, considerados como los momentos de mayor vulnerabilidad para cualquier mujer, estudiando la posibilidad de ocurrir cualquier situación de agresión o maltrato por parte del personal de salud, así como los mecanismos preventivos disponibles, lo que constituye un marco referencial para la adecuada atención hospitalaria que merecen las mujeres en Venezuela en cuanto a su derecho de una vida libre de violencia.

Antecedentes

Algunos estudios clínicos son referidos como antecedentes para esta investigación, entre ellos, los siguientes:

En la “Maternidad Concepción Palacios” de Caracas, entre mayo y diciembre de 2011 Castellanos y Terán. ⁽⁹⁾ realizaron un estudio clínico descriptivo, prospectivo y

transversal, que lleva por título Violencia Obstétrica: Percepción de las usuarias, con el objetivo de evaluar la atención que recibieron las usuarias en relación a prácticas consideradas como violencia obstétrica, incluyendo a 425 puérperas a quienes se les aplicó una encuesta, cuyos resultados muestran que el 66,8 % manifestó haberle sido practicados procedimientos médicos sin el previo consentimiento informado, mientras 49,4 % recibieron algún tipo de trato deshumanizante, sobre todo por parte de las enfermeras y los médicos.

En el Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, en 2009, Vega e Hidalgo.⁽¹⁰⁾ realizaron un estudio clínico descriptivo y prospectivo denominado Violencia basada en género desde la perspectiva médica, con el objetivo de determinar la prevalencia de la violencia de género en un grupo de 400 mujeres tomadas al azar en el Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” de Caracas, en el período comprendido entre febrero – octubre de 2009, además de establecer el grado de conocimiento sobre los mecanismos de denuncia. Se realizó una encuesta sobre los diferentes tipos de violencia de género, incluyendo la violencia obstétrica. Los resultados mostraron que, la violencia psicológica (66,25 %), seguida por la violencia física (38,25 %), fueron las causas más frecuentes de violencia de género, tanto en las mujeres no embarazadas como en las embarazadas, la edad promedio de las víctimas estuvo entre 20 y 24 años, el agresor predominante fue la pareja actual o compañero sentimental, mientras que fueron realizadas pocas denuncias de casos de violencia. Hubo violencia obstétrica en 6,25 % de los casos.

De igual manera, Méndez y Delgado.⁽¹¹⁾, en 2010 realizaron un estudio clínico descriptivo, prospectivo y transversal, denominado Violencia basada en género en embarazadas y puérperas adolescentes, con el objetivo de evaluar la violencia de género en embarazadas y puérperas adolescentes que acudieron al Hospital “Dr. Miguel Pérez Carreño” del IVSS de Caracas. Incluyeron a 200 adolescentes embarazadas y puérperas, mediante un muestreo intencional, no probabilístico, a quienes les aplicaron una encuesta. Los resultados mostraron que la edad de las afectadas estuvo en el rango entre 13 y 18 años, siendo la violencia psicológica (31,5 %) y la violencia física (30 %) las causas más frecuentes, los principales agresores fueron la pareja seguida por los padres.

Marco Teórico

La violencia contra la mujer es una realidad que está presente en la mayoría de las sociedades. No obstante, a menudo no es reconocida ni se advierte su gravedad. En general, se estima que, entre una a tres de cada cinco mujeres son objeto de violencia o intento de violencia a lo largo de su vida. A nivel mundial la prevalencia de violencia física, como la primera causa de violencia contra la mujer, varía entre 16 % y 52 %, siendo mayor que el 20 % en muchos países, aunque este porcentaje no puede ser establecido con certeza debido a la multiplicidad de factores que intervienen en esta compleja problemática, sobre todo el temor de muchas víctimas a denunciar, falta de registros de casos, necesidad de políticas públicas de orden legal, falla de los mecanismos de acción oportuna, entre otros, incluyendo los elementos culturales, tales como la ignorancia y el desconocimiento de los derechos de la mujer a una vida libre de violencia. ^(8, 12)

Las organizaciones femeninas y los organismos internacionales plantean el problema de la violencia contra las mujeres, no sólo como un factor de perturbación social y como un problema de salud pública, sino también como una violación de los derechos humanos, tal como es considerado por la OMS, a la vez que se exhorta a la acción concertada de los gobiernos para su adecuada atención.

Venezuela se ha suscrito a los instrumentos jurídicos más importantes en materia de los derechos humanos de las mujeres y, especialmente, en materia de violencia contra las mujeres, tales como:

1. Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (19 de diciembre de 1979). ⁽¹³⁾
2. Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993). ⁽¹⁴⁾
3. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Belem do Pará, Brasil. 1994). ⁽¹⁵⁾

En 1995, del 4 al 16 de septiembre, se celebró en Beijing la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, donde se reconoce a la violencia contra las mujeres como “un impedimento para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, porque es una violación y un menoscabo al goce y el disfrute de los derechos humanos y las

libertades fundamentales de las mujeres.”⁽¹⁶⁾

En la Ley Orgánica por el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia se protegen los siguientes derechos (Artículo 3):⁽¹⁾

1. El derecho a la vida.
2. La protección a la dignidad e integridad física, psicológica, sexual, patrimonial y jurídica de las mujeres víctimas de violencia en los ámbitos público y privado.
3. La igualdad de derechos entre el hombre y la mujer.
4. La protección de las mujeres particularmente vulnerables a la violencia basada en género.
5. El derecho de las mujeres víctimas de violencia a recibir plena información y asesoramiento adecuado a su situación personal.

En el Artículo 15 de la Ley, se consideran 19 formas de violencia de género en contra de las mujeres, previstas como delitos, las cuales se señalan a continuación:

Violencia psicológica, acoso u hostigamiento, amenaza, violencia física, violencia doméstica, violencia sexual, acceso carnal violento, prostitución forzada, esclavitud sexual, acoso sexual, violencia laboral, violencia patrimonial y económica, violencia obstétrica, esterilización forzada, violencia mediática, violencia institucional, violencia simbólica, tráfico de mujeres, niñas y adolescentes, trata de mujeres, niñas y adolescentes.

La violencia doméstica está siendo considerada como una de las amenazas más serias a la salud de la mujer. Sin embargo, todavía hay que dividir la totalidad de mujeres afectadas por la violencia en grupos más pequeños para entender la multiplicidad de las causas que la ocasionan. Las embarazadas víctimas de la violencia constituyen un grupo importante dentro de este problema.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

Existe una serie de condiciones que hacen que el riesgo de violencia durante el embarazo aumente considerablemente, tales como: embarazo a edad temprana, bajo nivel socioeconómico, uso de alcohol y drogas por el compañero, madre soltera y embarazo no deseado. En el ámbito de violencia contra la gestante se encuentra que el agresor es alguien cercano como el esposo, novio, compañero o familiar.⁽²⁰⁻²¹⁾

La violencia obstétrica en Venezuela se contempla como una forma de violencia a partir de la entrada en vigencia de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las

Mujeres a una Vida Libre de Violencia, aprobada en el año 2006 y publicada en Gaceta Oficial en el 2007. La definición de esta nueva forma de violencia viene a ser un logro significativo en la protección de derechos humanos de las mujeres.

El embarazo y el parto son aspectos muy importantes de la salud reproductiva, así como también de los derechos que les corresponden a las mujeres sobre estos procesos naturales. Ellas tienen el derecho de tomar decisiones informadas durante los mismos, libres de coerción, que las lleven a tener el parto que desean. El parto no es un evento médico que requiera múltiples intervenciones, sino más bien es un proceso fisiológico de la reproducción que debe estar basado en un asunto de derechos humanos y de justicia social.

Numerosas instituciones internacionales y agrupaciones feministas se han hecho eco del clamor para humanizar el parto, exigiendo mayor respeto por la embarazada durante la atención obstétrica en esa etapa tan vulnerable de su vida, y realizando campañas para promover la urgente necesidad de erradicar el problema de la violencia obstétrica, enfrentando el reto de eliminar cualquier práctica rutinaria de tipo intervencionista que lesione la dignidad e integridad de las mujeres.

Según la OMS, alrededor del 70 % de los partos que demandan atención en los hospitales, no requieren de asistencia medicalizada, término que se utiliza para referirse al uso excesivo de intervención médica y tecnológica.

En Venezuela, de acuerdo con la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en su Artículo 15, numeral 13, establece que: “Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”.

Asimismo, en el Artículo 51 de la mencionada Ley, se definen aquellas actuaciones del personal de salud que son tipificadas como delitos por violencia obstétrica. Dicho artículo legal señala textualmente lo siguiente:

“Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el

personal de salud, consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta unidades tributarias (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.”

Por tanto, la violencia obstétrica está indefectiblemente vinculada al tema de la violencia de género, como también es denominada la violencia contra la mujer, implicando a sus derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, conviene aclarar que, aun cuando las mujeres durante su embarazo puedan sufrir algún tipo de violencia, no toda violencia contra las embarazadas es violencia obstétrica, ya que ésta se refiere específicamente a la atención que ellas reciben, durante el proceso del parto y nacimiento, siguiendo un modelo médico que se repite en todas las áreas obstétricas públicas y privadas del país, mientras que es en esos momentos críticos cuando pueden ser víctimas de violencia psicológica o física por parte del personal asistencial. No sólo el médico, sino también los demás integrantes del personal de salud que participan en el acto del nacimiento parto o cesárea son capaces de causar violencia obstétrica, pero son los(as) médicos(as) sobre quienes recae el mayor peso de la responsabilidad y quienes ejecutan la mayoría de los actos que pueden generar violencia hacia la mujer.

Cabe destacar que, en cuanto a la prevención de la violencia obstétrica se refiere, uno de los aspectos fundamentales en la protección de los derechos de la embarazada es la obligación que tiene el personal de salud de obtener previamente el consentimiento informado, antes y durante la atención del parto, para poner en práctica los procedimientos diagnósticos y terapéuticos o una intervención quirúrgica a que hubiere lugar.⁽²²⁾ Por tanto, el consentimiento informado constituye un instrumento que garantiza y protege la autonomía de la paciente, el cual siempre debe ser firmado antes de la intervención médica, para que el documento adquiera el valor legal que le corresponde.⁽¹²⁾

El consentimiento informado libera al médico de consecuencias previsibles, pero no lo exonera de mala praxis médica por negligencia, impericia, imprudencia e inobservancia de las normas. Por tanto, debe cumplirse a cabalidad lo establecido en el Código de Deontología Médica⁽²³⁾ y, en ningún caso, debe omitirse el consentimiento informado, pues constituye un derecho de todo(a) paciente, consagrado en la Constitución y las Leyes de la República.

En los centros hospitalarios públicos y privados, muchas pacientes son sometidas a procedimientos de carácter médico sin solicitarles su previa autorización, o también desconocen que tratamiento recibieron, porque no se les informó o explicó su necesidad, beneficios y riesgos, y cuando así se hizo fue con términos y expresiones no muy claras ni comprensibles para ellas, por lo que tampoco pudieron entender. Asimismo, existen otros actos no tipificados, que son practicados de manera rutinaria y aparentemente inadvertidos, que con el paso del tiempo tienden a convertirse en norma pero que son inaceptables, tales como el trato poco cortés, la falta de interés por preservar el pudor de las pacientes y la confidencialidad de los datos aportados por ellas; así como referirlas a otros centros hospitalarios sin causas justificadas, dando lugar a múltiples traslados, poniendo en peligro la vida de la madre y el niño.

De manera que, algunas de las violaciones a la Ley incluyen la atención mecanizada, intervencionista, impersonal y masificada del parto, obviando muchas veces el consentimiento informado, un compromiso de carácter ético cuya omisión no puede tener justificación alguna, ni siquiera durante las situaciones de emergencia obstétrica.

La sola autorización verbal para realizar, ya sea una intervención quirúrgica o un procedimiento diagnóstico o terapéutico, nunca puede suplir ni ser entendido igual como el consentimiento informado por escrito, legítimamente manifestado, de una paciente quien aceptaría tal propuesta. Asimismo, tampoco son aceptables las autorizaciones que, en el reverso de la página frontal de la Historia de Admisión, obligan firmar a la paciente, incluso de forma alternativa a los familiares en sustitución de ella, y además, sin recibir la debida información ni bajo su propio consentimiento, y mediante la cual intentan el absurdo de liberar de toda responsabilidad, civil y/o penal, a los médicos y/o a la institución por cualquier daño que el paciente pueda sufrir.

Ciertos recursos como los oxitócicos (Pitocin®), la cesárea y la episiotomía, sólo deben ser usados cuando sean definitivamente necesarios para la mejor atención del trabajo de parto; pero el problema es que se han convertido dentro del acto obstétrico en algo rutinario, de manera que muchas veces son realizados innecesariamente, sin tomar en cuenta los riesgos que conllevan para la mujer y para el neonato, por lo que esos casos pueden ser considerados como una intervención agresiva a la evolución natural del proceso del parto.

Por otra parte, la cesárea, un procedimiento médico que consiste en extraer el niño del útero quirúrgicamente, representa una alternativa que sirve para evitar algunas complicaciones del parto natural, aunque sólo debe ser practicada cuando existe una indicación médica específica que justifique su realización, de lo contrario es considerada como un acto de violencia obstétrica.

Particular relevancia adquieren las madres adolescentes expuestas con mayor riesgo a situaciones de violencia de cualquier tipo, dada su propia condición de vulnerabilidad, como consecuencia de su inestabilidad socio-económica, aunada a diferentes factores, tales como problemas con los padres o con el compañero sexual, embarazo no deseado, trastornos emocionales asociados, como estrés, depresión, baja autoestima, entre otros. En algunos países, es en este grupo donde se ha observado la incidencia más elevada de casos de violencia contra la mujer.

De manera que, en la actualidad es fundamental para el obstetra y ginecólogo, con base en su conocimiento y responsabilidad, desarrollar acciones profesionales en el

sentido de establecer una visión de no violencia en su área de trabajo, aplicando las normas y leyes pertinentes, junto con los principios bioéticos, con el fin de establecer la prevención médica que permita crear una conciencia responsable de todos los integrantes del personal de salud, la paciente, la pareja, la familia, la comunidad, y otros, para que participen activamente junto a él en la formación y transformación cultural, social y del conocimiento vigentes.

En años recientes, Marbella Camacaro, profesora titular de la Universidad de Carabobo, quien ha investigado sobre el tema de los derechos sexuales y reproductivos, ha recolectado e interpretado los datos sobre el parto de la mujer obtenidos mediante un trabajo de campo que recoge en su obra “La Obstetricia develada: otra mirada desde el Género”.⁽²⁴⁾ En este libro, por primera vez en Venezuela, se plantea un trabajo de esta naturaleza, con un enfoque feminista a través de la metodología de género. La autora mencionada considera, desde la mirada científicista y organicista del discurso médico obstétrico, que las mujeres son vistas fundamentalmente desde una perspectiva biologicista como seres fundamentalmente sexuados, cuya función principal en este mundo, consiste en concebir y parir. La profesora Camacaro, analiza el tema de la violencia obstétrica con un enfoque crítico constructivo, y concluye que, aún con el apoyo de la Ley sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, es mucho lo que falta por hacer para que las embarazadas dejen de ser vulnerables y tomen conciencia de sus derechos, siendo reconocidas como dueñas de sus vidas, de sus cuerpos y sus deseos, y les sea proporcionada una verdadera calidad de vida.⁽²⁴⁾

Objetivo general

Determinar la prevalencia de violencia obstétrica en la Sala de Partos del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” de Caracas durante el período comprendido entre junio y octubre de 2012.

Objetivos específicos

1. Evaluar si hubo violencia obstétrica durante su atención, según la opinión de las pacientes.
2. Caracterizar el grado de conocimiento sobre violencia obstétrica que tienen las pacientes.

MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de carácter descriptivo, prospectivo, y transversal.

Población y muestra

La población estuvo constituida por todas las pacientes ingresadas para su atención obstétrica por el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, durante el período comprendido entre junio y octubre de 2012. Considerando que durante el año 2011 fueron atendidas un total de 4 211 pacientes, incluyendo partos, cesáreas y abortos, con un promedio de 351 pacientes/mes, se estimó una población de 1 755 pacientes que serían atendidas durante los cinco (5) meses de la investigación.

El muestreo fue de carácter intencional y no probabilístico, ya que se incluyeron las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, siempre que dieran su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio (Anexo 1), sucesivamente hasta completar el total establecido para la muestra.

Debido a que el tamaño de la población es conocido, se calculó el tamaño de la muestra aplicando la fórmula estadística correspondiente para una población finita, la cual es la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 c.p.q.N}{e^2.(N-1) + Z^2 c.p.q}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

$Z^2 c$ = Zeta crítico (para un nivel de confianza del 95 % el valor es igual a $Z^2 = 4$)

p y q = son proporciones complementarias, siempre $p + q = 1$

e^2 = error de muestreo

En este caso, considerando que se trabajó en condiciones desfavorables de muestreo, se utilizó un nivel de confianza del 95 %, con un error de muestreo de 5 % (proporcionalmente igual a 0,05), valores de $p = 0,5$ y $q = 0,5$, y $N = 1755$. Al aplicar la fórmula:

$$n = \frac{4 \times 0,5 \times 0,5 \times 1755}{0,05^2 \times (1755-1) + 4 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = \frac{0,0025 \times 1754 + 1}{1755} \quad n = \frac{1755}{5,385} \quad n = 325,9$$

De modo que, el tamaño de la muestra resultó ser de 326 pacientes.

- Criterios de inclusión: todas las pacientes que fueron hospitalizadas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología para ser atendidas por parto, por cesárea o por presentar aborto espontáneo.

- Criterios de exclusión: pacientes con cualquier grado de discapacidad mental.

Variables

Se considerarán como variables a ser estudiadas:

- Datos demográficos: Edad, N° de gestaciones, de partos, de cesáreas, de abortos
- La atención recibida por las pacientes, desde su ingreso, su permanencia en la sala de partos y durante su hospitalización, en cuanto a la posibilidad de haber sufrido violencia obstétrica, ya sea de tipo psicológico o de tipo físico.
- El grado de conocimiento sobre violencia obstétrica que tienen las pacientes.

Las variables del estudio fueron operacionalizadas a los fines de su medición (Anexo 2).

Procedimientos

La planificación y desarrollo de la presente investigación fue realizado con base en los principios éticos universales de la beneficencia, no maleficencia, la autonomía y la justicia. Se procedió con respeto a los derechos de las pacientes, obteniendo su consentimiento informado por escrito a modo de garantizar su decisión voluntaria de participar en el estudio.

Una vez obtenido el consentimiento informado por escrito, las responsables del estudio aplicaron a las pacientes un cuestionario elaborado a tal fin (Anexo 3), el cual generalmente fue realizado el día del alta médica.

El cuestionario consta de 15 preguntas cerradas dirigidas a las gestantes que fueron atendidas para conocer su opinión personal con relación a si pudieron ser víctimas de violencia obstétrica, observando la posibilidad de haber sido sometidas a cualquier tipo de agresión, sea física o psicológica, por parte del personal de salud.

Tratamiento estadístico

Luego de recabar la información requerida, los datos obtenidos fueron sometidos al

análisis estadístico correspondiente aplicando los procedimientos de la estadística descriptiva. De modo que, para las variables nominales se calcularon sus respectivas frecuencias, tanto absolutas como relativas (porcentajes).

Finalmente, los resultados son mostrados en tablas y representados gráficamente a fin de facilitar su revisión y visualización.

RESULTADOS

En el estudio se incluyeron a 326 pacientes atendidas en el Servicio de Obstetricia, por parto, por cesárea o por aborto espontáneo. Las edades fluctuaron entre 12 y 44 años, con una media de 22,5 años. La mayoría estuvo en el grupo de 19 a 34 años con el 65,6 %, seguido por las de 12 a 18 años (24,2 %), y luego las de 35 o más años (10,1 %) (Tabla 1).

El 69 % de las pacientes consultó en el Hospital por presentar dolores de parto y 31 % debido a presentar aborto (Tabla 2).

Durante las primeras 6 horas a partir del ingreso al Servicio se resolvieron el 81 % de los casos, mientras que para el 15,3 % la resolución se realizó en 12 horas, de este último grupo el 64,8 % correspondieron a pacientes con diagnóstico de aborto (Tabla 3).

Al interrogar a las pacientes sobre si o no fueron tratadas debidamente y con respeto por el personal de salud el 90,8 % respondió afirmativamente. De las 30 pacientes (9,2 %) que manifestaron no haber recibido el debido respeto en el trato, 21 (70 %) señalaron al obstetra y a las enfermeras como responsables del trato irrespetuoso y 3 de ellas (3,3 %) identificaron al anestesiólogo como el causante de la mala atención (Tabla 4).

Con respecto a haber sido tratadas con palabras ofensivas o despectivas treinta y ocho pacientes (11,7 %) respondieron afirmativamente, siendo señalados la enfermera (76,3 %), el obstetra (60,5 %) y el anestesiólogo (5,3 %), como los responsables de dicho maltrato verbal (Tabla 5).

En relación a la interrogante: ¿cuando solicitó ayuda o hizo preguntas le respondieron de mala manera?, el 14,1 % de las pacientes expresaron haber sido maltratadas, de ellas 87 % le atribuyó a la enfermera haberle respondido de mala manera, 65,2 % al obstetra y 2,2 % al anestesiólogo (Tabla 6).

Cuando se les preguntó con respecto a si o no, observaron alguna actitud de desprecio o maltrato que les afectara, solo 31 pacientes (9,5 %) respondió de manera afirmativa, de estas el 87,1 % se lo atribuyeron a la enfermera, al obstetra (48,4 %) y el anestesiólogo (3,2 %) (Tabla 7).

El 1,8 % de las pacientes afirmó haber escuchado comentarios negativos o críticas por su comportamiento, emitidos por el obstetra (50 %), el anestesiólogo (33,3 %) y la enfermera (16,7 %) (Tabla 8).

Con respecto a la pregunta ¿Recibió información suficiente y adecuada en relación con los procedimientos que le practicarían los médicos o las enfermeras? 65,6 % de las pacientes respondió afirmativamente, mientras que 34,4 % respondió negativamente (Tabla 9).

Al interrogar sobre la posible realización de uno o varios de los procedimientos practicados (por ejemplo, rasurado de genitales, cesárea, otros) sin pedirle su consentimiento o explicarle por qué eran necesarios, la respuesta fue afirmativa en 32,5 % de las pacientes (Tabla 10).

El 65,6 % de las pacientes manifestó que no se le pidió su autorización por escrito antes de serle practicado algún procedimiento médico o quirúrgico para el que ellas siempre deberían tomar una decisión, ya sea aceptándolo o no (Tabla 11).

En referencia a la pregunta: ¿se les pidió su colaboración para facilitar algún procedimiento con gritos, regaños o amenazas? el 2,8 % de las pacientes respondió afirmativamente e indicó haber recibido gritos, regaños o amenazas, por parte de la enfermera (55,6 %), el obstetra y el anestesiólogo (44,4 % cada uno) (Tabla 12).

De las 326 pacientes, 0,9 % (3 pacientes) afirmó haber sido agredidas físicamente por el personal que las atendió, señalando al obstetra y al anestesiólogo como los agresores, en 66,7 % y 33,3 % de los casos, respectivamente (Tabla 13).

En cuanto al contacto inmediato con el recién nacido(a), solo 8 pacientes contestaron que no se les permitió, lo que representa 3,6 % de los casos atendidos por parto y por cesárea (sobre un total de 225 pacientes) (Tabla 14).

Sobre el conocimiento de los mecanismos de denuncia en el caso de haber sido atendida con alguna preocupación o sospecha de que hubiera ocurrido violencia

obstétrica, 80,1 % de las pacientes manifestó desconocerlos contra 19,9 % que indicó si conocerlos (Tabla 15).

Al interrogar con respecto al grado de conocimiento que tienen las pacientes sobre su derecho a ser atendidas sin sufrir violencia obstétrica, se observa que 70,9 % respondió conocerlos poco, mientras 29,1 % respondió no conocerlos (Tabla 16).

Entre las 326 pacientes encuestadas, 26,3 % (86 casos) manifestaron haber sufrido algún maltrato, irrespeto, actitud de desprecio o burla, agresión verbal o física, durante su atención por parte del personal de salud. Se observó violencia de forma verbal en el 100 % de los casos y violencia física en el 3,5 % de los casos (Tabla 17).

Al ubicar a las 86 víctimas de violencia obstétrica según la edad se encontró que 18 (20,9 %) eran del grupo de 12 a 18 años, 54 (62,7 %) del grupo de 19 a 34 años y 14 (16,2 %) del grupo de 35 años o más (Tabla 18).

Según el tipo de atención obstétrica recibida por las 86 víctimas, 36 (41,8 %) fueron por parto, 31 (36,0 %) por aborto y 19 (22,0 %) por cesárea (Tabla 19).

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestra investigación muestran un total de 86 pacientes quienes informaron haber sido víctimas de violencia obstétrica para una prevalencia de 26,3% lo cual coincide con algunas cifras a nivel mundial aunque es mucho mayor que el 6,5% del estudio de Vega e Hidalgo en este mismo centro hace 4 años es bastante menor que el 49,4% informado por Castellanos y Terán en la Maternidad concepción Palacios hace 2 años, lo cual podría deberse al ingreso anual de nuevos médicos al hospital y a la rotación del personal de enfermería que no tengan conocimiento de la Ley y del trato que deben brindarle a las usuarias, así como también que nuestras pacientes hoy en día tengan mayor conocimiento de sus derechos. Similar con lo observado por Méndez y Delgado la mayor incidencia de violencia obstétrica ocurrió en mujeres jóvenes, tal como se ha encontrado en otros estudios, particularmente en las adolescentes debido a su mayor vulnerabilidad.

Entre las causas que motivaron la consulta en el servicio de obstetricia del hospital, predominaron los dolores de parto (69 %), y luego los abortos (31 %), ambos grupos expuestos al riesgo de sufrir violencia obstétrica, sin embargo el 41,8% de las 86 pacientes afectadas estuvieron en el grupo atendido por partos.

En general el tiempo transcurrido para la resolución de los casos a partir del ingreso fue relativamente breve, ya que el 81 % de los casos fueron resueltos durante las primeras 6 horas, lo que indica una atención rápida y eficaz. Sin embargo es importante destacar que en los casos de aborto el intervalo entre el ingreso y la resolución fue más prolongado, lo que evidencia una mayor vulnerabilidad de este grupo a ser víctimas de violencia

De las 86 pacientes que manifestaron haber sido objeto de violencia obstétrica el 100% fue víctima de violencia de forma verbal, lo cual se manifestó en diferentes situaciones sobre todo en lo referente al irrespeto y uso de palabras ofensivas o despectivas, así como actitudes de desprecio y maltrato, comentarios o críticas negativas, y agresión verbal por parte del personal de salud encargado de su atención. Destacando el hecho de no haber sido tomadas en cuenta ni haberseles informado de manera suficiente sobre los procedimientos médicos o quirúrgicos a los cuales fueron sometidas y en el 65,6% de los casos sin solicitarles el consentimiento informado.

Hubo 3 casos informados como violencia física, y como agresores, fueron identificados los médicos obstetras (66,7%) y anestesiólogos (33,3%), en la totalidad de los casos las pacientes consideraron a la maniobra de Kristeller como la agresión física.

Llama la atención que, según la opinión de las pacientes encuestadas, solamente el personal profesional de salud obstetra, anestesiólogo, y enfermeras se vio implicado como causante de alguna forma de agresión verbal o maltrato que pudiera ser considerado como violencia obstétrica. En general el obstetra fue señalado por las pacientes como uno de los agresores principales lo cual resulta preocupante ya que este es el especialista encargado de detectar y prevenir situaciones de violencia garantizando el trato ético y humano a la paciente. De los casos atendidos por parto y por cesárea, el 3,6% de las madres no se les permitió el contacto inmediato con el recién nacido(a). Sin embargo, no se especifica si esto fue debido a alguna causa justificada, como pudiera ser prematuridad o complicaciones durante el parto. En caso contrario, es cuando pudiera considerarse como un maltrato hacia la paciente.

Es lamentable haber evidenciado a través de este estudio una contradicción numérica entre lo que las pacientes consideraron trato irrespetuoso con un 9,2% y el 26,3% total de violencia obstétrica lo cual pudiera denotar que nuestras pacientes están acostumbradas a recibir un trato inadecuado y no considerarlo así. En nuestro trabajo, también pudimos comprobar que las pacientes no conocen sus derechos a recibir una atención con dignidad y trato respetuoso sin violencia de ningún tipo como lo establece el artículo 3 de la ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, además de constatar la dificultad que tienen para identificar un trato inadecuado así como tampoco conocen cuales son los mecanismos de denuncia en caso de ser víctimas de violencia. Una vez analizada cabalmente la información recabada durante el desarrollo de esta investigación se concluye lo siguiente:

- Se observó una prevalencia de violencia obstétrica de 26,3 %, predominando la violencia en forma verbal como causa principal.
- La población femenina joven fue la más expuesta al riesgo de sufrir violencia obstétrica.
- En la mayoría de los casos no se cumplió con la solicitud del consentimiento informado a pesar de estar disponibles en nuestra centro.
- La mayoría de las usuarias ignora su derecho y lo contemplado en la Ley.
- Desconocimiento por parte de los médicos de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Por tanto, las siguientes recomendaciones son realizadas en el sentido preventivo contra la violencia obstétrica, y están dirigidas particularmente al personal de salud del área obstétrica de los centros hospitalarios, tanto públicos como privados:

- Difundir la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia tanto en la población general como en los integrantes del equipo de salud.
- Insistir con el personal médico sobre la importancia de solicitar la firma del consentimiento informado ante todas las intervenciones obstétricas.
- Procurar la implementación de la práctica del parto vertical, como un mecanismo que favorece el parto respetado, para lo que debe considerarse,

tanto el entrenamiento del personal del área obstétrica, como el acondicionamiento del ambiente adecuado para este fin.

- Promover la creación de un comité, con miembros del personal de salud, que evalúe los casos calificados como maltrato, con la finalidad de revisarlos, discutirlos y, si fuera el caso, tomar las medidas correctivas a que hubiere lugar, de modo que se garantice el respeto de los derechos de las pacientes.

REFERENCIAS

1. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. N° 38.647. 19 de marzo 2007.
2. Uribe Elías R. El ginecoobstetra ante la violencia sobre la salud de la mujer. Ginec Obst Mex. 2002; 70:417-423.
3. Toro Merlo J, Zapata L. Reseña de las Jornadas “El gineco-obstetra ante la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007; 67:213-214.
4. Villegas Poljak A. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. Rev Venez Estudios Mujer. 2009; 14(32):125-146.
5. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom S. Trabajo de parto y partos normales. En: Williams. Manual de Obstetricia. 22^a ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2006. p. 410-424.
6. Uzcategui O, Cabrera C. Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado. Rev Obstet Ginecol Venez 2010; 70 (1):47-52.
7. Benítez Guerra G. Violencia Obstétrica. Editorial. Rev Facult Med, 2008;31(1):5-6.
8. Aliaga P, Ahumada S, Marfull M. Violencia hacia la mujer: un problema de todos. Rev Chil Obstet Ginecol 2003; 68(1):75-78.
9. Castellanos C, Terán P. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Trabajo Especial de Grado (no publicado). UCV 2012.
10. Vega G, Hidalgo D, Toro J. Violencia basada en género desde la perspectiva médica. Rev Obstet Ginecol Venez 2011; 71(2):88-97.

11. Méndez ME y Delgado MC. Violencia basada en género en embarazadas y puérperas adolescentes. Trabajo Especial de Grado (no publicado).UCV 2010.
12. Faneite J, Feo A, Toro Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Rev Obstet Ginecol Venez 2012;72(1).
13. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (19/12/79). Asamblea General de las Naciones Unidas. 1979. <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/Sconvenccion.htm>. Consultado: 18 de marzo 2012.
14. Declaración de la Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. 1993. [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument). Consultado: 18 de marzo 2012.
15. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (9/6/94). Belem Do Pará, 1994. http://www.unicef.org/argentina/spanish/arg_insumos_ConvencionBelem.pdf. Consultado: 18 de marzo 2012.
16. IV Conferencia Mundial sobre las mujeres (4 al 15/9/95). Asamblea General de las Naciones Unidas. Beijing, 1995. <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full20report%20S.pdf>. Consultado: 18 de marzo 2012.
17. Zapata L. Repercusiones de la violencia basada en el género sobre el embarazo. Rev Obstet Ginecol Venez 2006; 66(1).
18. Medina DP, Martínez JC, Suárez JC, Castro LJ, Muriel YY, Obando MN. Violencia física y psicológica contra la mujer embarazada. 2001. <http://tone.udea.edu.co/revista/mar2001/violencia%20contra%20embarazada.htm>. Consultado: 18 de marzo 2012.
19. Paredes-Solís S, Villegas A, Meneses A. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. Salud pública Méx 2006; 48(supl.2) [versión en línea]. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342006000800004&script=sci_arttext. Consultado: 20 de abril 2012.

20. Cuevas S; Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud pública Méx* 2005; 47(5) [versión en línea]. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342005000500003&script=sci_arttext. Consultado: 20 de abril 2012.
21. Colombo G, Ynoub R, Veneranda L, Iglesias MG, Viglizzo M. Violencia familiar contra la mujer en las etapas de embarazo, parto y puerperio: la mirada de los profesionales de un servicio público de maternidad y obstetricia. *Rev argent sociol* 2006; 4(7) [versión en línea]. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1669-32482006000200004&script=sci_arttext. Consultado: 20 de abril 2012.
22. Uzcátegui O, Toro Merlo J. Consentimiento informado. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2008;68(1):1-4.
23. Código de Deontología Médica. 1985. Cap.3. Art.69.
24. Camacaro Cuevas M. La obstetricia develada. Otra mirada desde el género. Dirección de Medios y Publicaciones de la Universidad de Carabobo. 2010.

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Las médicas residentes del postgrado de Obstetricia y Ginecología Alexa Domínguez y Carlota Pereira, están realizando una investigación titulada “**VIOLENCIA OBSTÉTRICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PACIENTE**”, cuyo objetivo es conocer si hay la posibilidad de ocurrir en la sala de partos situaciones que sean consideradas como violencia obstétrica, para lo cual se hará una encuesta en la que estoy siendo invitada a participar.

Yo, _____, C.I. N° _____, edad ____ años y número de historia clínica: _____, manifiesto en forma voluntaria mi aceptación para participar en esta encuesta, de la cual me fueron explicados su objetivo y los procedimientos a seguir, siendo respondidas mis preguntas al respecto.

Caracas, _____ de 2012.

Firma de la paciente

Firma del médico

Anexo 2

Operacionalización de las variables

Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems
Datos demográficos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad ▪ Gestaciones ▪ Partos ▪ Cesáreas ▪ Abortos ▪ Motivo de la consulta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rango etario de la muestra ▪ Gestaciones ▪ Paridad ▪ Intervención cesárea ▪ Abortos espontáneos ▪ Causa para ir al Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Años ▪ N° de embarazos ▪ N° de partos ▪ N° de cesáreas ▪ N° de abortos ▪ Dolores de parto o aborto 	Datos preliminares <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1
Atención recibida por las pacientes en cuanto a la posibilidad de haber sufrido violencia obstétrica	Características del trato y la atención prestada por el personal de salud a las pacientes desde su ingreso, su permanencia en la sala de partos y durante su hospitalización para evaluar situaciones de violencia psicológica y violencia física	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiempo para ser atendida ▪ Respeto en el trato ▪ Respuestas adecuadas ▪ Actitud hacia la paciente ▪ Información recibida ▪ Procedimientos practicados ▪ Solicitud del consentimiento ▪ Conducta apropiada ▪ Contacto con el neonato ▪ Personal responsable 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 ▪ 3, 4 ▪ 5 ▪ 6, 7 ▪ 8 ▪ 9 ▪ 10 ▪ 11, 12 ▪ 13 ▪ 3,4,5,6,7,12
Grado de conocimiento sobre violencia obstétrica que tienen las pacientes	Nivel de información que posee respecto a derechos y acciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer mecanismos de denuncia ▪ Conocer sus derechos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 14 ▪ 15

Anexo 3

Formulario para la recolección de datos

Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández"

VIOLENCIA OBSTÉTRICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PACIENTE

Fecha: _____

N° de Control: _____

Instrucciones:

- Esta es una encuesta de carácter anónimo para evaluar la atención recibida por usted durante su hospitalización actual.
- Por favor responda todas las preguntas.
- En caso de tener alguna duda consulte con la persona responsable de la encuesta.

Nombres y apellidos (sólo coloque las iniciales): _____

Edad: _____ años Gestaciones _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____

Durante su permanencia en el Hospital, desde su ingreso, mientras fue atendida en la sala de partos, y en la habitación, diga su opinión sobre lo siguiente:

1. ¿Por cuál motivo acudió a consulta en el Hospital? Dolores de parto Aborto
2. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que usted llegó al Servicio hasta que se resolvió su caso? 6 horas 12 horas 24 horas 48 horas
3. ¿El personal de salud le atendió debidamente y con respeto? Si No
En caso negativo, diga ¿Por quién? Médico(a) Enfermera Camillero
Personal administrativo Camarera Vigilante Otro _____
4. ¿En algún momento hubo hacia usted palabras ofensivas o despectivas?
Si No

En caso afirmativo, diga ¿Por quién? Médico(a) Enfermera Camillero
Personal administrativo Camarera Vigilante Otro _____

5. ¿Cuándo necesitó ayuda o hizo preguntas le respondieron de mala manera?

Si No

En caso afirmativo, diga ¿Por quién? Médico(a) Enfermera Camillero
Personal administrativo Camarera Vigilante Otro _____

6. ¿Observó alguna actitud de desprecio o maltrato que le afectara a usted?

Si No

En caso afirmativo, diga ¿Por quién? Médico(a) Enfermera Camillero
Personal administrativo Camarera Vigilante Otro _____

7. ¿Escuchó comentarios negativos o críticas por su comportamiento?

Si No

En caso afirmativo, diga ¿Por quién? Médico(a) Enfermera Camillero
Personal administrativo Camarera Vigilante Otro _____

8. ¿Recibió información suficiente y adecuada en relación con los procedimientos que le practicarían los médicos o las enfermeras? Si No

9. ¿Le realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos sin pedirle su consentimiento o explicarle por qué eran necesarios?

- Rasurado de genitales. Aplicación de enema. Colocación de sonda vesical.
- Rotura artificial de membranas. Administración de medicamentos para “apurar o acortar” el parto.
- Indicación de permanecer acostada todo el tiempo.
- Tactos vaginales repetidos y realizados por diferentes personas.
- Compresión sobre el abdomen durante el período expulsivo.
- Episiotomía. Cesárea. Curetaje del útero sin anestesia.

Si No

10. ¿Se le pidió su autorización por escrito antes de serle practicado algún procedimiento médico o quirúrgico para el que usted siempre debería tomar una decisión, ya se aceptándolo o no?

Si No

11. ¿Se le pidió su colaboración para facilitar algún procedimiento con gritos, regaños o amenazas?

Si No

En caso afirmativo, diga ¿Por quién? Médico(a) Enfermera Camillero

Personal administrativo Camarera Vigilante Otro _____

12. ¿Sufrió alguna agresión física por parte del personal que la atendió?

Si No

En caso afirmativo, diga ¿Por quién? Médico(a) Enfermera Camillero

Personal administrativo Camarera Vigilante Otro _____

13. ¿Se le permitió ver y acariciar a su recién nacido(a) inmediatamente después de nacer?

Si No

14. ¿Conoce usted los mecanismos de denuncia en el caso de haber sido atendida con alguna preocupación o sospecha de violencia obstétrica?

Si No

15. ¿En qué medida conoce usted sobre su derecho a ser atendida sin sufrir violencia obstétrica?

Mucho Poco Nada

Anexo 4

Tablas

Tabla 1. Distribución de la muestra según edad.

Grupos etarios	N	%
12 – 18 años	79	24,2
19 – 34 años	214	65,6
35 años o más	33	10,1
Total	326	100,0

Tabla 2. ¿Por cuál motivo acudió a consulta en el Hospital?

Respuestas	N	%
Dolores de parto	225	69,0
Aborto	101	31,0
Total	326	100,0

Tabla 3. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que usted llegó al Servicio hasta que se resolvió su caso?

Respuestas	N	%
6 horas	264	81,0
12 horas	50	15,3
24 horas	10	3,1
48 horas	2	0,6
Total	326	100,0

Tabla 4. ¿El personal de salud le atendió debidamente y con respeto?

Respuestas	N	%
Si	296	90,8
No	30	9,2
¿Quién no le atendió bien?		
Médico (Obstetra)	21	70,0
Enfermera	21	70,0
Camillero	0	0,0
Personal administrativo	0	0,0
Camarera	0	0,0
Vigilante	0	0,0
Anestesiólogo	1	3,3

Tabla 5. ¿En algún momento hubo hacia usted palabras ofensivas o despectivas?

Respuestas	N	%
Si	38	11,7
No	288	88,3
¿Quién fue ofensivo?		
Médico (Obstetra)	23	60,5
Enfermera	29	76,3
Camillero	0	0,0
Personal administrativo	0	0,0
Camarera	0	0,0
Vigilante	0	0,0
Anestesiólogo	2	5,3

Tabla 6. ¿Cuándo necesitó ayuda o hizo preguntas le respondieron de mala manera?

Respuestas	N	%
Si	46	14,1
No	280	85,9
¿Quién le respondió mal?		
Médico (Obstetra)	30	65,2
Enfermera	40	87,0
Camillero	0	0,0
Personal administrativo	0	0,0
Camarera	0	0,0
Vigilante	0	0,0
Anestesiólogo	1	2,2

Tabla 7. ¿Observó alguna actitud de desprecio o maltrato que le afectara a usted?

Respuestas	n	%
Si	31	9,5
No	295	90,5
¿Quién tuvo mala actitud?		
Médico (Obstetra)	15	48,4
Enfermera	27	87,1
Camillero	0	0,0
Personal administrativo	0	0,0
Camarera	0	0,0
Vigilante	0	0,0
Anestesiólogo	1	3,2

Tabla 8. ¿Escuchó comentarios negativos o críticas por su comportamiento?

Respuestas	n	%
Si	6	1,8
No	320	98,2
¿Quién hizo críticas?		
Médico (Obstetra)	3	50,0
Enfermera	1	16,7
Camillero	0	0,0
Personal administrativo	0	0,0
Camarera	0	0,0
Vigilante	0	0,0
Anestesiólogo	2	33,3

Tabla 9. ¿Recibió información suficiente y adecuada en relación con los procedimientos que le practicarían los médicos o las enfermeras?

Respuestas	n	%
Si	214	65,6
No	112	34,4
Total	326	100,0

Tabla 10. ¿Le realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos sin pedirle su consentimiento o explicarle por qué eran necesarios?

- Rasurado de genitales. Aplicación de enema. Colocación de sonda vesical.
- Rotura artificial de membranas. Administración de medicamentos para “apurar o acortar” el parto.
- Indicación de permanecer acostada todo el tiempo.
- Tactos vaginales repetidos y realizados por diferentes personas.
- Compresión sobre el abdomen durante el período expulsivo.
- Episiotomía. Cesárea. Curetaje del útero sin anestesia.

Respuestas	n	%
Si	106	32,5
No	220	67,5
Total	326	100,0

Tabla 11. ¿Se le pidió su autorización por escrito antes de serle practicado algún procedimiento médico o quirúrgico para el que usted siempre debería tomar una decisión, ya se aceptándolo o no?

Respuestas	n	%
Si	112	34,4
No	214	65,6
Total	326	100,0

Tabla 12. ¿Se le pidió su colaboración para facilitar algún procedimiento con gritos, regaños, o amenazas?

Respuestas	N	%
Si	9	2,8
No	317	97,2
¿Quién le maltrató?		
Médico (Obstetra)	4	44,4
Enfermera	5	55,6
Camillero	0	0,0
Personal administrativo	0	0,0
Camarera	0	0,0
Vigilante	0	0,0
Anestesiólogo	4	44,4

Tabla 13. ¿Sufrió alguna agresión física por parte del personal que la atendió?

Respuestas	N	%
Si	3	0,9
No	323	99,1
¿Quién fue agresivo?		
Médico (Obstetra)	2	66,7
Enfermera	0	0,0
Camillero	0	0,0
Personal administrativo	0	0,0
Camarera	0	0,0
Vigilante	0	0,0
Anestesiólogo	1	33,3

Tabla 14. ¿Se le permitió ver y acariciar a su recién nacido(a) inmediatamente después de nacer?

Respuestas	N	%
Si	217	96,4
No	8	3,6
Total*	225	100,0

***Nota: Total de casos calculados sobre los partos y cesáreas realizados (225 casos). El resto fueron abortos (101 casos).**

Tabla 15. ¿Conoce usted los mecanismos de denuncia en el caso de haber sido atendida con alguna preocupación o sospecha de violencia obstétrica?

Respuestas	N	%
Si	65	19,9
No	261	80,1
Total	326	100,0

Tabla 16. ¿En qué medida conoce usted sobre su derecho a ser atendida sin sufrir violencia obstétrica?

Respuestas	N	%
Mucho	0	0,0
Poco	231	70,9
Nada	95	29,1
Total	326	100,0

Tabla 17. Distribución de casos según situación y tipo de violencia.

Grupo afectado o no	N	%
Sin violencia	240	73,7
Violencia	86	26,3
Tipo de violencia		
Forma verbal	86	100,0
Física	3	3,5

Tabla 18. Distribución de las víctimas según edad.

Grupo etario (años)	N	%
12 – 18 años	18	20,9
19 – 34 años	54	62,7
35 años o más	14	16,2
Total	86	100,0

Tabla 19. Distribución de las víctimas según tipo de atención obstétrica.

Tipo de atención	N	%
Parto	36	41,8
Cesárea	19	22,0
Aborto	31	36,0
Total	86	100,0