



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**“REPERCUSIONES EN LA CALIDAD DE ATENCION POR VIOLENCIA
OBSTÉTRICA EN PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO CON EMBARAZO
DE TERMINO EN UNIDAD TOCOQUIRURGICA”**

TRABAJO DE INVESTIGACION SOCIOMEDICA

**PRESENTADO POR
DRA. MONICA PATRON MONDRAGON**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. JUAN CARLOS DE LA CERDA ANGELES**

MÉXICO, D.F.

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**“REPERCUSIONES EN LA CALIDAD DE ATENCION POR VIOLENCIA
OBSTETRICA EN PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO CON EMBARAZO
DE TERMINO EN UNIDAD TOCOQUIRURGICA”**

TRABAJO DE INVESTIGACION SOCIOMEDICA

**PRESENTADO POR
DRA. MONICA PATRON MONDRAGON**

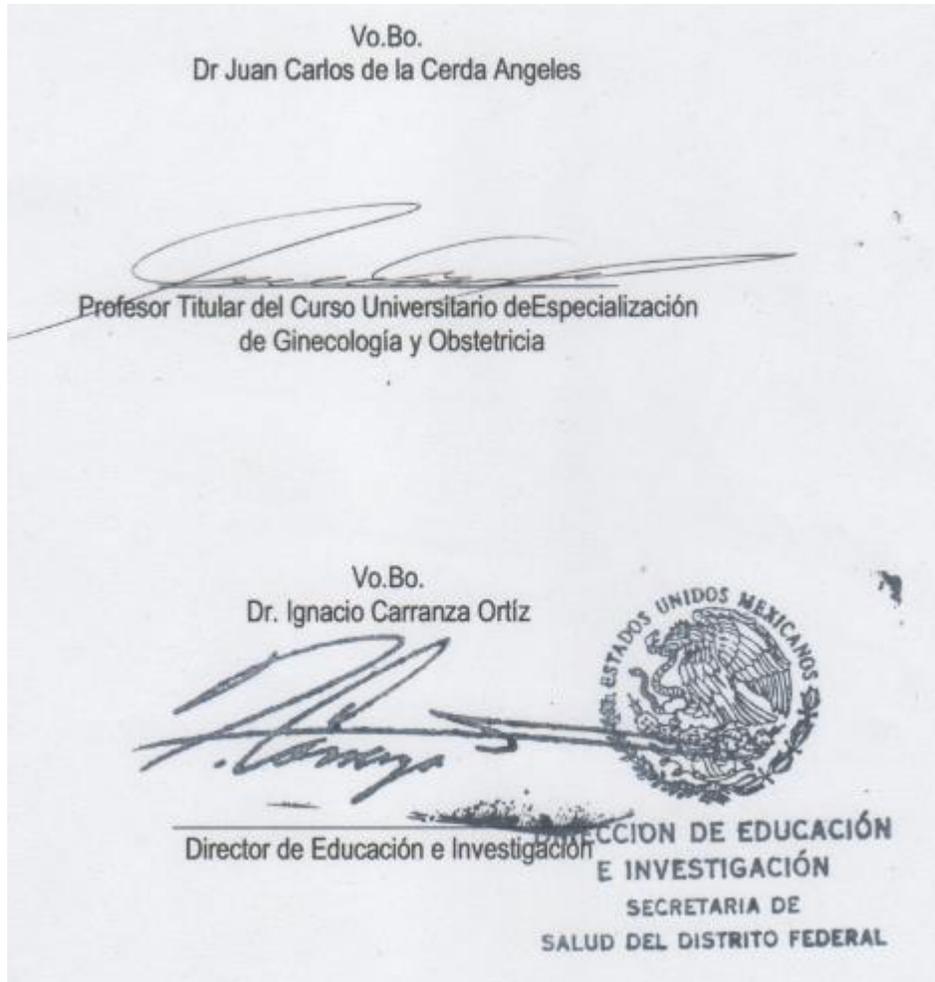
**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. JUAN CARLOS DE LA CERDA ANGELES**

2016

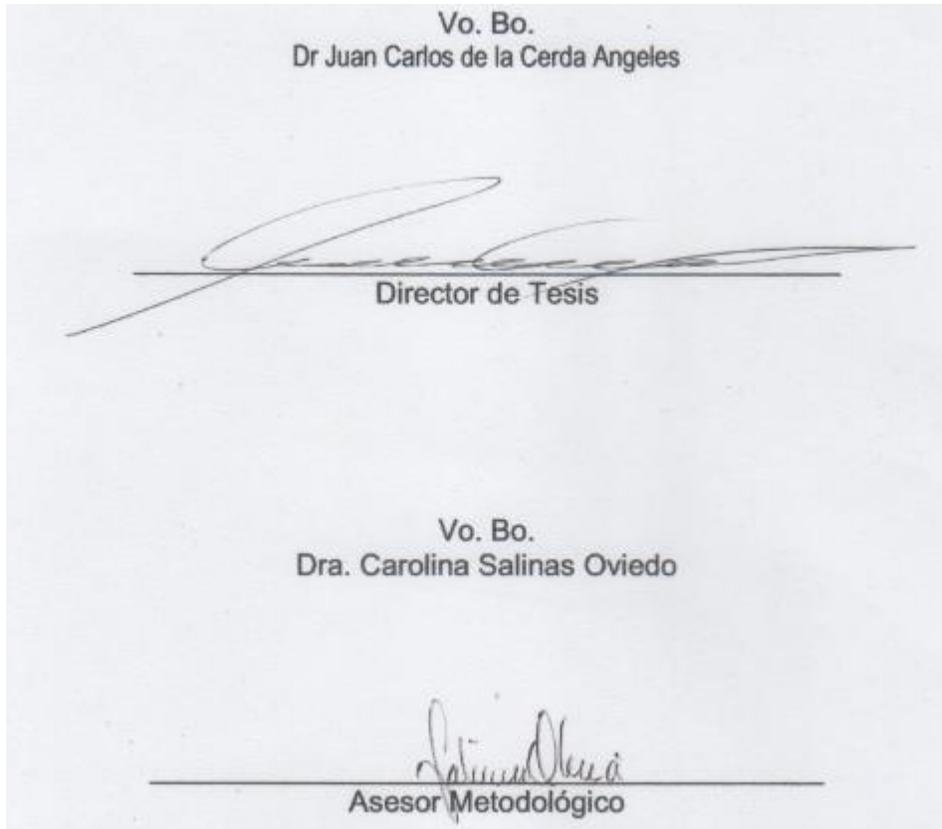
“REPERCUSIONES EN LA CALIDAD DE ATENCION POR VIOLENCIA OBSTETRICA EN PACIENTES
EN TRABAJO DE PARTO CON EMBARAZO DE TERMINO EN UNIDAD TOCOQUIRURGICA”

Autor: Dra. Mónica Patrón Mondragón



“REPERCUSIONES EN LA CALIDAD DE ATENCION POR VIOLENCIA OBSTETRICA EN PACIENTES
EN TRABAJO DE PARTO CON EMBARAZO DE TERMINO EN UNIDAD TOCOQUIRURGICA”

Autor: Dra. Mónica Patrón Mondragón



AGRADECIMIENTOS

A mis padres los pilares más fuertes porque me dieron seguridad para expresarme, libertad para seguir, confianza y fuerza para ser, por enseñarme el significado del trabajo y por darme todo su amor incondicional.

A mis hermanas María José y Narcisa mis verdaderas colegas los seres más francos, mas sonrientes y más divertidos que puede encontrar en estos y muchos otros años de mi vida. Agradezco su sensibilidad para existir.

A Salomón la luz absoluta del pasado del presente y del futuro.

A Salvador por su serenidad y su manera tan exquisita de disfrutar de los momentos, siempre con una sonrisa y una despreocupación envidiable.

A mi Ely a quien le pertenece el alma más noble y el corazón más sincero que he conocido. Por enseñarme la locura y pasión desenfrenada con la que se debe de sentir, agradezco su incansable lealtad y su música tan reparadora para todos los momentos duros.

A mi querida Alita por todas las noches de cansancio que pasamos juntas, las discusiones con y sin sentido, por la confidencialidad, los desvelos, las miles de carcajadas, los entendimientos, los acuerdos y todas las historias que nos rodearon.

A las Mujeres por tener la voluntad de sentir el dolor y vivir la maternidad siempre a pesar de las adversidades. A ellas a quienes no debemos juzgar por no haber tenido oportunidades que les dieran el entendimiento y el conocimiento para hacer siempre lo correcto. Les agradezco infinitamente su valor para llegar a nuestras manos aprendices y confiar en nosotros.

INDICE

RESUMEN.....	7
INTRODUCCION.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
JUSTIFICACION.....	25
OBJETIVOS.....	26
MATERIALES Y METODOS.....	27
RESULTADOS.....	31
DISCUSION.....	41
CONCLUSIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	47
ANEXOS.....	49

RESUMEN.-

Objetivo: Identificar las repercusiones en la calidad de atención generadas por la violencia obstétrica ejercida por el personal de salud a pacientes en trabajo de parto analizando las dimensiones del maltrato ((físico y psicológico) que pueden sufrir las mujeres en este proceso, con el fin de identificar los derechos reproductivos que se violan en ese contexto, y formular propuestas de intervención que contribuyan a disminuir el problema.

Material y métodos: Estudio sociomédico, observacional, transversal, descriptivo. Pacientes con diagnóstico de embarazo a término en trabajo de parto en unidad tocoquirúrgica atendidas en el Hospital General Enrique Cabrera Cosío en el periodo transcurrido de febrero a abril del 2015 en quien se aplicó un cuestionario de violencia obstétrica en el puerperio.

Resultados: media de 23 años, el estado civil corresponde a unión libre en 72%, el nivel de estudios que predominó fue secundaria completa en 38 %, 59% de las pacientes pertenecen a un nivel socioeconómico bajo. En cuanto a características de la violencia obstétrica se documentó que en 39% de las pacientes se llevaron a cabo procedimientos sin previo consentimiento de la paciente correspondiendo este evento al tipo de violencia obstétrica más frecuente seguida por 29% de las pacientes que refirieron haber sido criticadas por llorar de emoción o alegría, 28% manifestaron que se les obligó a permanecer acostadas a pesar de la incomodidad; 25% mencionaron haber sido criticadas por llorar o gritar de dolor, emoción o alegría durante el trabajo de parto o parto; 22% recibieron comentarios irónicos en tono de burla por parte del personal de salud así como falta de apego neonatal inmediato. Existiendo una asociación entre la calidad de atención y la violencia obstétrica.

Conclusiones: es recomendable capacitar al personal médico para que lleve a cabo procedimientos de acuerdo a normas establecidas dando a las paciente una atención oportuna y eficaz de atención obstétrica, considerar la adquisición de equipo necesario para la adecuada atención de las mujeres., realizar promoción de apego precoz de recién nacido con la madre, atender de forma adecuada el trabajo de parto evitando técnicas que aceleren el mismo así como obtención de consentimiento voluntario expreso e informado para la realización de procedimientos. Y finalmente eliminación de técnicas o actitudes perjudiciales para la mujer.

Palabras clave: violencia obstétrica, violencia institucional, calidad de atención

INTRODUCCION

La violencia obstétrica es reconocida a nivel oficial por primera vez en el mundo, por la republica Bolivariana de Venezuela, incorporándose en su ley de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia la cual entro en vigencia en marzo del 2007. En México se encuentra incorporada a partir del 2008 en la ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el estado de Veracruz, en 2009 en la ley de acceso a una vida libre de violencia para las mujeres en el estado de Chiapas y desde 2010 en el código penal del estado de Veracruz. En Argentina se cuenta con la ley de derechos de los padres y las personas recién nacida desde el año 2004 la cual presenta y desglosa los derechos de las mujeres e hijos en el nacimiento. ¹

La violencia obstétrica a sido naturalizada entre el personal médico y obstétrico, así como en la sociedad en su conjunto incluidas las mismas mujeres que la padecen. La mayoría de las mujeres entrevistadas al respecto refieren que prefieren olvidar las molestias y maltratos del parto (a veces considerados designios divinos) y concentrarse en el gozo de la nueva vida presente para no complicar su estado emocional. Esto último explica las escasas demandas y quejas contra este tipo de violencia, lo cual ha ido cambiando debido a la conciencia social sobre los derechos de las mujeres y al conocimiento extendido sobre las recomendaciones de la Organización mundial de la salud con respecto al parto¹

Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres va desde regañíos, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su 'consentimiento', hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos.²

A lo largo de los últimos diez años la agenda de los derechos reproductivos y sexuales ha adquirido una gran fuerza a escala internacional. Las diversas conferencias mundiales de Derechos Humanos (Viena, 1993), de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), sobre las Mujeres (Pekín, 1995) han desempeñado un papel central en la adopción, por los diversos Estados nacionales, tanto del discurso como de los compromisos concretos en la promoción y defensa de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

En particular, un aporte de estas conferencias ha sido la identificación más específica de los llamados derechos reproductivos. El reconocimiento de éstos como parte importante de los derechos humanos le ha conferido una gran legitimidad a la lucha por la defensa y promoción de los mismos³

Paralelamente, y como evidencias que apoyaron el debate político, desde hace varios años se han venido acumulando una serie de denuncias que señalan que en las instituciones, tanto públicas como privadas de salud, con frecuencia se violan, bajo diversas formas, los derechos reproductivos de las mujeres.³

En ocasiones se ha tratado de investigaciones oficiales, como la Enaplaf (CONÁPo, 1995) o la Ensare (IMSS 1998), cuyos datos sobre problemas de violación de derechos reproductivos han trascendido, pese a algunos esfuerzos por restringir su difusión; en otros casos se ha tratado de informes de investigación académica (Figuroa, 1990), y en otras ocasiones se han tratado de denuncias individuales que publica algunos medios de prensa, bien porque las afectadas logran hacer llegar su caso a estos medios, o bien porque son casos que los tribunales han resuelto a favor de las mujeres.

En este contexto, el Tribunal por la Defensa de los Derechos Reproductivos, organizado por la Red de Salud de las Mujeres del Distrito Federal en 1996, constituyó un precedente que contribuyó a visualizar el problema de la violación

de los derechos de las mujeres en las instituciones de salud, si bien también quedó claro que aún falta mucho por recorrer en este camino²

Los datos sobre el número de partos y cesáreas atendidos en 2009, confirman lo que ya se ha documentado desde hace varios años: el incremento desproporcionado de los nacimientos por cesárea. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 38.1% del total de nacimientos suceden mediante cesáreas.⁸ En el extremo de la violencia obstétrica sobresalen casos que revelan estrategias abusivas, como obtener la autorización para esterilizarlas o para colocarles un dispositivo intrauterino, durante el trabajo de parto (momento en que la mujer se encuentra en condiciones de vulnerabilidad, lo cual no es la condición idónea para dar el consentimiento informado).¹¹

Para la documentación de casos e incidencia de violencia obstétrica en los servicios de salud, se presentaron ante la SSA, las secretarías locales de salud, IMSS, ISSSTE y CONAMED sendas solicitudes de información. Se preguntó sobre el número de quejas recibidas contra prestadores de servicios de salud en el marco de la atención gineco-obstétrica, por malos tratos y/o negligencia médica contra mujeres y sobre las sanciones aplicadas en esos casos. A las comisiones locales y a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), además, se les solicitó información sobre el número de quejas, recomendaciones

emitidas, aceptadas y cumplidas, referentes a casos de malos tratos y negligencia médica con motivo de atención gineco-obstétrica.

A nivel federal, la SSA y el IMSS informaron que no cuentan con datos estadísticos sobre lo consultado ni con el detalle de las quejas en la materia. El ISSSTE reportó que para el período 2009-2012 ha recibido 122 quejas por malos tratos y/o negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención gineco-obstétrica.

Resulta sumamente preocupante que ni el IMSS ni la SSA estén generando este tipo de información, que resulta indispensable para poder evaluar la calidad de la atención a las mujeres embarazadas en los términos que establece la NOM 007. Por otro lado, la CONAMED informó que entre 2009 y 2011 han sido concluidas 17 investigaciones sobre quejas en casos de atención ginecológica y obstétrica, en los que se observó evidencia de mala práctica y/o maltrato hacia mujeres.

La CNDH recibió también 122 quejas relacionadas con malos tratos y/o negligencia médica durante la atención del embarazo, parto y puerperio en el período 2009-2012, a partir de las cuales sólo se emitieron cuatro recomendaciones: tres fueron aceptadas y dos parcialmente cumplidas. Un índice por demás bajo, si se considera el alto número de quejas en relación con las recomendaciones emitidas y cumplidas.

Con la escueta información recibida es posible identificar que existen pocas quejas relacionadas con violencia obstétrica y que en la mayoría de los casos se presentaron cuando han ocurrido hechos trágicos, como la muerte de la mujer o del producto en gestación. Lo anterior señala que el maltrato (físico y psicológico), las humillaciones, el no proporcionar información, y la falta de respeto hacia las decisiones de las mujeres no se consideran motivos para interponer quejas.

La violencia obstétrica, como muestra esta información, es silenciosa. Las formas sutiles y naturalizadas de maltrato y abuso sólo se hacen visibles en casos límite: Existe también una serie de mecanismos de carácter institucional que contribuyen a desincentivar el derecho de queja y reclamo que tienen los pacientes frente a los abusos, lo que a su vez contribuye a perpetuar ese ambiente propicio para la violación de sus derechos.

El primero de ellos se refiere al anonimato con que los médicos interactúan con las pacientes. En muchos casos las mujeres no saben el nombre de quienes las atendieron, lo que dificulta enormemente identificar a quien eventualmente pudo haberla maltratado. Otro mecanismo, asociado con el anterior, se refiere a la frecuente rotación a la que está sujeto el personal de salud, lo que hace a veces muy difícil para las mujeres localizar a quienes la atendieron.

Otros mecanismos, menos accidentales, se refieren a las advertencias que a veces reciben las mujeres en el sentido de que si se quejan les puede ir peor más adelante, justo cuando necesiten otra vez atención médica.¹⁰

Violencia de género: Cualquier acción u omisión basada en su género que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual tanto en el ámbito privado como en el público

Violencia obstétrica: Se considera como un tipo de violencia institucional producto del patriarcado y expresada en relaciones de poder que legitiman y naturalizan una serie de procedimientos entre los que se da :

- Una apropiación del cuerpo de la mujer y de los procesos fisiológicos presentes durante el embarazo, el trabajo de parto, el periodo expulsivo del mismo, el alumbramiento de la placenta y la atención de la o el recién nacido y el puerperio de la mujer¹
- Un trato deshumanizado, un abuso de la medicación y una patologización de los procesos naturales trayendo consigo la pérdida de autonomía y de la capacidad de decisión de parte de las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio lo cual mengua sus derechos humanos¹

Violencia institucional: Las normas y los procedimientos institucionales, así como a los actos u omisiones de las y los servidores públicos, resultando tanto de perjuicios de género como de patrones estereotipados de comportamiento o prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad de las mujeres o de su subordinación a los hombres los cuales discriminen o tengan

como fin dilatar, obstaculizar, impedir el goce y ejercicio de derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir , atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.¹

La violencia obstétrica consiste en:

1. Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas
2. obligar a la mujer a parir en posición supina con las piernas levantadas existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical en cuclillas o hincada
3. obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa medica justificada, negándole la posibilidad de cargarle y amamantarlo inmediatamente después de 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 una cesárea existiendo condiciones para el parto natural sin obtener el consentimiento voluntario expreso e informado de la mujer¹

Al respecto la Organización Mundial de LA Salud (OMS) ha hecho públicos una serie de lineamientos que ha clasificado como:

1. Prácticas evidentemente útiles, que tendrían que ser promovidas;
2. Prácticas claramente perjudiciales o ineficaces, que habría que eliminar;

3. Prácticas sobre las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema y,
4. Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente.⁵ Entre las prácticas recomendadas destacan, entre otras: no hacer intervenciones médicas innecesarias, es decir no hacer episiotomía, rasurado, monitoreo fetal y enema como prácticas de rutina; restringir el uso de oxitocina, analgesia y anestesia; mantener la tasa de cesáreas recomendada por la OMS, máximo entre 10 y 15% de los nacimientos.⁵

Aunado a las recomendaciones de la OMS, existe un vasto marco jurídico internacional que da sustento a la protección contra la violencia relacionada con la salud reproductiva. De acuerdo con el artículo 1 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”), se entiende como violencia contra la mujer: “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.

Dicha Convención impone a los Estados obligaciones positivas para erradicar todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres, y establece que se debe prestar especial atención cuando la mujer que es objeto de violencia se encuentra embarazada (artículo 9). En el ámbito internacional, la violencia contra

las mujeres es reconocida como una forma de discriminación, que les impide a ellas el goce de derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los hombres.

En específico, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece la obligación de los Estados de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del acceso a servicios de atención médica, de manera que se garantice el acceso a servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto.⁷

Calidad de atención

En 1980 Donabedian describió la calidad de atención como: “Aquel tipo de cuidado en el cual se espera maximizar un determinado beneficio del paciente, luego de haber tomado en cuenta un balance de las ganancias y pérdidas implicadas en todas las partes del proceso de atención”¹⁸

En 1990 el Instituto de Medicina de Estados Unidos, parte de la Academia Nacional de Ciencias de ese país, propuso una definición de calidad que ha sido ampliamente aceptada: “Calidad de atención es el grado en el cual los servicios de salud para individuos y la población incrementan la posibilidad de obtener

resultados deseados en salud y que sean consistentes con el conocimiento profesional médico”¹⁹

Los avances científico-tecnológicos de las últimas décadas han tenido un enorme impacto en mejorar la cantidad y calidad de vida de muchos pacientes, pero a la vez han generado numerosos problemas con consecuencias muy negativas, los cuales también debemos conocer y enfrentar. Una buena parte de estos problemas afectan de una u otra manera la calidad de atención sanitaria.

Uno de los aspectos más significativos radica en la enorme diferencia entre el conocimiento científico actual y la aplicación de esos conocimientos en la práctica clínica. El conocimiento ha crecido en forma realmente extraordinaria, pero en buena medida no se aplica en la práctica médica diaria. Como consecuencia, muchos pacientes no reciben los tratamientos que deben recibir y otras veces reciben tratamientos cuyo beneficio no está demostrado. A la vez, se han incrementado los errores médicos con graves consecuencias sobre la morbilidad, mortalidad y los costos de atención médica.²⁰

Un nuevo modelo de relación más horizontal sustituyó al clásico modelo vertical paternalista que predominó en la tradición médica durante muchos siglos. Esta nueva concepción en las relaciones sanitarias –la cual puede ser considerada como uno de los avances más relevantes en términos de la evolución moral– ha

traído importantes beneficios en términos de igualdad y respeto de los derechos de los enfermos. Sin embargo, un significativo porcentaje de pacientes no recibe información adecuada y necesaria para participar en la toma de decisiones sobre su salud, tratamientos y métodos diagnósticos propuestos. En otras ocasiones, la información que reciben no la comprenden. Y en otras no son consultados o aun cuando se les consulte su voluntad no es respetada²⁰

Por otra parte, los sistemas de atención médica enfrentan uno de los retos más importantes en la historia de la medicina: el incremento de los costos de atención, que ha sobrepasado la capacidad de los presupuestos de los Estados, aun en los países más ricos, y que reduce las oportunidades de muchos pacientes de recibir la atención médica que requieren.

Cada vez contamos con más tecnologías y recursos que pueden ser utilizadas en menos pacientes. Aun cuando se acepte que es imposible lograr una absoluta igualdad para el goce de la mejor atención, cada miembro de la sociedad, independientemente de su condición socioeconómica, debe tener igual acceso a la atención médica. Para que un sistema de salud sea justo y equitativo necesita, en primer lugar, ser eficiente en términos de costo beneficio.

En otra palabras, una gestión eficiente de recursos limitados. Ante esta situación se han planteado nuevas interrogantes: ¿cómo conciliar el uso de tecnologías de

alto costo con los derechos de los enfermos, en sistemas sanitarios con presupuestos limitados, a la vez que se garantiza una atención de calidad equitativa?

Hoy se sabe que ningún sistema sanitario puede financiar todos los potenciales tratamientos para todos los pacientes que pudieran beneficiarse de éstos. ¿Cómo distribuir estos recursos en forma equitativa? ¿Cómo enfrentar los problemas de inequidad en países con muy bajos recursos? Se requiere establecer las necesidades reales de la población, así como sus prioridades, y establecer también limitaciones en la prestación de servicios.²⁰

La calidad de atención debe enfocar al menos cuatro aspectos fundamentales:

- Una adecuada prevención y/o tratamiento, basado en evidencias, el cual debe ser aplicado oportunamente.
- Se debe evitar o reducir los posibles daños primarios o secundarios.
- Se debe respetar la dignidad y derechos de los enfermos.
- Se debe garantizar una gestión de recursos eficiente.²⁰

Calidad técnica: Esta condición tiene dos dimensiones: hacer lo correcto, lo cual implica una alta capacidad de decisión, y en segundo lugar hacerlo correctamente, para lo cual se requiere una elevada calidad de realización –

habilidades, juicio y oportunidad (hacerlo a tiempo). La selección de un tratamiento requiere decisiones correctas.

Cada tratamiento debe seleccionarse a partir de una variedad de alternativas terapéuticas; debe tener una probabilidad razonable de ser efectivo, de acuerdo con las evidencias existentes, no para una patología determinada sino individualizado para un paciente con condiciones particulares. Esto requiere una elevada calidad de decisión, hacer lo correcto. Una vez seleccionado el tratamiento, es necesario que el mismo se cumpla correctamente, en términos de dosis, difusión, vía de administración, horario. En otras palabras, hacerlo correctamente.

Lo mismo pudiera decirse de un procedimiento terapéutico, como sería el caso de un procedimiento quirúrgico. Debe existir una oportunidad razonable de que, entre las diferentes alternativas, la decisión tomada sea la más adecuada para el paciente y luego la misma debe ejecutarse con habilidad, destreza y oportunidad. Nunca habrá certeza absoluta, pero debe exigirse una probabilidad razonable de eficacia, de acuerdo con las evidencias disponibles.²⁰

Calidad de interacción entre el equipo de salud y los pacientes y sus familiares: Esto significa calidad en la comunicación entre el médico, el paciente, el equipo de salud y los familiares, con el fin de mantener la confianza, la empatía,

el interés, la honestidad, la solidaridad, la sensibilidad y el respeto a los valores y principios de los enfermos. ²⁰

Adecuado manejo de los costos de atención: Establecer las políticas necesarias a fin de lograr una gestión de recursos eficiente. Estos tres aspectos se sustentan claramente en los cuatro principios clásicos de la bioética –hacer el bien, no hacer daño, respetar la autonomía del enfermo y actuar con justicia–, así como con los diferentes principios expresados más recientemente en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos: respeto a la dignidad y derechos humanos, maximizar el beneficio y minimizar los riesgos, respetar la autonomía y responsabilidad individual, el consentimiento de las personas capacitadas y de aquellas sin capacidad de decidir, el respeto por la vulnerabilidad y la integridad de las personas, la privacidad, la confidencialidad, la equidad, la justicia, la igualdad, el respeto por la diversidad cultural y el pluralismo, la solidaridad, la cooperación y la responsabilidad social.

La implementación de cualquier proyecto de calidad de atención debe ser fundamentada en principios éticos, porque no es sólo un problema administrativo, organizacional o gerencial, sino moral. Requiere organización y gerencia, pero como medios para lograr el cumplimiento de una responsabilidad moral. Los pacientes acuden a los servicios de salud para que se les atiendan, se les diagnostiquen sus problemas y en la medida de lo posible se les resuelvan.

Resolver no siempre significa curar, significa también mejorar o aliviar cuando no se pueda curar, y ayudar y consolar cuando las condiciones anteriores no son posibles. Los sistemas sanitarios deben cumplir con estas obligaciones²⁰

La calidad de atención requiere los siguientes aspectos:

Adecuada prevención y/o tratamiento basado en evidencias, aplicado en el momento adecuado.

- Eliminar o reducir los daños primarios y secundarios que se puedan prevenir.
- Respetar la autonomía y derechos de los enfermos.
- Establecer una relación costo-beneficio razonable, sustentable y justa.
- Resulta indispensable que el personal de salud conozca con todo detalle los problemas relacionados con los errores médicos y sus causas, así como la responsabilidad profesional, moral y legal. Pero sobre todo es indispensable que participe activamente en el diseño y desarrollo de los procesos.

Es necesaria la motivación, el liderazgo y la responsabilidad por parte de todos los integrantes del equipo de salud. A su vez, la educación debe extenderse a los pacientes y sus familiares, quienes deben conocer los problemas con el fin de colaborar en su solución. Parte de esa información debe estar dirigida a resaltar su responsabilidad moral como actores del modelo de salud. Los pacientes y familiares deben conocer sus derechos

y sus responsabilidades y también los límites de la medicina actual. El diseño de procesos sin la plena participación de todos los implicados se transforma en rutina de trabajo que, si bien mejora algunos aspectos, tienen un elevado riesgo de fracaso.²

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las repercusiones en la calidad de atención de salud originadas por la violencia obstétrica en pacientes con embarazo de término en unidad tocoquirurgica?

JUSTIFICACION.

El abuso que se ejerce en contra de las mujeres en las salas de maternidad es un problema de salud pública y derechos humanos, de larga historia que cada vez cobra mayor interés en varios países y motivo de intervención legal en la región de las Américas. A pesar de ello no hay un consenso en los términos a utilizar, su definición y las posibles causas del problema; lo que demuestra que nos enfrentamos a un complejo problema social en donde converge un entramado de relaciones de poder, de discriminación e inequidad social y de género.

Por un lado existe una corriente que aborda el problema de la violencia que se ejerce en la sala de maternidad como el resultado de la precariedad del sistema de salud en donde prevalecen jornadas extenuantes para el personal, falta de insumos necesarios y condiciones estructurales que propician prácticas de baja calidad en la atención obstétrica que pueden derivar en una negligencia médica y en última consecuencia en expresiones de violencia institucional. Otras aproximaciones sugieren que el desconocimiento del personal de salud sobre los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, aunado a la cultura médica hegemónica, son determinantes para el complejo entramado de relaciones de poder entre personal de salud y las mujeres parturientas de los servicios donde se ejerce la violencia institucional u obstétrica.

En este sentido es sustancial entender desde una perspectiva social y de género la relación médico-paciente en el ámbito institucional, sobre todo nos interesa

explorar lo que sucede en la atención obstétrica en una institución de atención pública, para tratar de desarticular el complejo entramado social donde el abuso de las mujeres durante la atención obstétrica se ha naturalizado e institucionalizado por lo que el presente estudio permitirá conocer las repercusiones en la calidad de atención de salud originadas por la violencia obstétrica en pacientes con embarazo de término y trabajo de parto en unidad tocoquirurgica en Hospital General Enrique Cabrera Cosío permitiéndonos establecer la incidencia del evento así como generar métodos de prevención y eliminación de prácticas perjudiciales, lográndose de este modo la mejora en calidad de atención a la mujer.

OBJETIVO GENERAL

Identificar las repercusiones en la calidad de atención generadas por la violencia obstétrica ejercida por el personal de salud a pacientes en trabajo de parto analizando las dimensiones del maltrato ((físico y psicológico) que pueden sufrir las mujeres en este proceso, con el fin de identificar los derechos reproductivos que se violan en ese contexto, y formular propuestas de intervención que contribuyan a disminuir el problema.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar la incidencia de violencia obstétrica
- Identificar las condiciones asociadas a la violencia obstétrica
- Identificar el tipo de violencia a la que considera la paciente fue expuesta

- Identificar la calidad de atención

HIPOTESIS.

Existen repercusiones en la calidad de atención por violencia obstétrica en pacientes en trabajo de parto con embarazo de termino en unidad tocoquirurgica

MATERIAL Y METODOS

Se realiza un estudio de investigación en el área sociomedica, observacional, trasversal, descriptivo dentro del periodo de 1 de febrero de 2015 al 30 de abril de 2015 en el Hospital General Enrique Cabrera Cosio.a través de las pacientes hospitalizadas.

Los criterios de inclusión: Pacientes con embarazo a término con diagnostico de trabajo de parto y parto atendido en unidad tocoquirurgica del Hospital General Enrique Cabrera Cosío que aceptaran de forma voluntaria el llenado de los cuestionarios

Los criterios de no inclusión fueron: Pacientes no embarazadas, pacientes con embarazo de primer y segundo trimestre, pacientes con amenaza de parto pretermino, pacientes con diagnostico de aborto, embarazo anembrionico o embarazo molar.

Los criterios de eliminación: pacientes con déficit cognitivo, pacientes que no desearan contestar el cuestionario, llenado incompleto de cuestionario.

Los criterios de interrupción: Pacientes que ameritaron traslados a otra unidad médica, pacientes egresadas por alta voluntaria, muerte materna.

La variable independiente fue la violencia obstétrica y la variable dependiente fue la calidad de atención

El instrumento fue “Cuestionario de violencia obstétrica” en el cual se solicito edad, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, numero de gestas, numero de cesáreas, numero de parto y 13 preguntas las cuales se evaluaron en relación a responder “si o no” y si esto fue “poco, regular o mucho” sobre acontecimientos ocurridos durante el trabajo de parto que hacen referencia a que la paciente consideró haber sido sometida a algún tipo de violencia institucional. Aplicándose a 200 pacientes en forma anónima realizándose en periodo posterior al parto estando en sala de recuperación o en alojamiento conjunto.

Desde el punto de vista ético, se trato de una investigación sin riesgo

Se elaboró la base de datos en Excel y se realizo un análisis estadístico descriptivo (porcentajes, frecuencia, media, mediana, rango, desviación estándar además se realizaron tablas cruzadas de variables).

VARIABLE / CATEGORÍA	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	DECALIFICACIÓN
Violencia obstétrica	Contexto	Se considera como un tipo de violencia institucional producto del patriarcado y expresada en relaciones de poder que legitiman y naturalizan una serie de procedimientos	cualitativo ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

Comentarios irónicos	Contexto	Este término deriva de un vocablo latino que a su vez deriva del griego, y se entiende como una burla disimulada . Consiste en dar a entender lo contrario de lo que se dice a través de una cierta entonación o del lenguaje corporal	cualitativo ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Poco Regular mucho
Sobrenombres	Contexto	Nombre que se da a una persona en vez del suyo propio y que, generalmente, hace referencia a algún defecto, cualidad o característica particular que lo distingue.	cualitativo ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Poco Regular mucho
Crítica	Contexto	Conjunto de opiniones o juicios que responden a un análisis y que pueden resultar positivos o negativos.	cualitativo ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Poco Regular mucho
Ausencia de consentimiento	Contexto	manipulación informativa o manipulación mediática, es la acción y efecto de procurar en los sujetos el desconocimiento o ignorancia y evitar la circulación o divulgación del conocimiento de datos, argumentos, noticias o información que no sea favorable a quien desea desinformar.	cualitativo ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Poco Regular mucho
Imposición	Contexto	Acción que intenta obligar a alguien a hacer algo. Para que alguien esté en condiciones de imponer algo a otra persona , debe contar con mayor fuerza, ya sea simbólica o física.	cualitativo ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Poco Regular mucho
Vulnerabilidad	Contexto	Por una parte, la inseguridad y la indefensión que experimentan las comunidades, grupos, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento natural, económico y social de carácter traumático.	cualitativo ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Poco Regular Mucho
Apego inmediato neonatal	Contexto	Inicio de la integración madre-hijo desde los primeros minutos de vida. El recién nacido se coloca sobre el pecho de su madre y se encuentra en contacto piel a piel con la finalidad de favorecer el vínculo emocional y el inicio exitoso de la lactancia materna.	cualitativo ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Si No
Calidad de atención	Contexto	Es el grado en el cual los servicios de salud para individuos y la población incrementan la posibilidad de obtener resultados deseados en salud y que sean consistentes con el conocimiento profesional médico	cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Excelente Buena Regular Mala Pésima
Embarazo de término	Contexto	Se denomina a aquél embarazo con tiempo de gestación entre las 37 y 41 semanas.	cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> Semanas /días
Partos	Contexto	Expulsión del producto de la concepción por vía vaginal después de la semana 20 de la gestación.	cuantitativa discontinua	<ul style="list-style-type: none"> Número de partos
Edad	Contexto	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el momento del estudio.	cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> Años
Estado civil	Contexto	Situación personal en que se encuentra con una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos.	cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> Soltera Casada Viuda Unión libre
Numero de Gesta	Contexto	Embarazo que hasta el momento ha cursado incluyendo el actual	cuantitativa discontinua	<ul style="list-style-type: none"> Numero de gestaciones

Cesárea	Contexto	Procedimiento quirúrgico para extraer al producto de la concepción a través de laparotomía e incisión de la pared uterina después de que el embarazo ha llegado a la viabilidad	cuantitativa discontinua	<ul style="list-style-type: none"> • Número de cesáreas
Nivel socioeconómico	Contexto	Asignación económica con respecto al ingreso total familiar	cuantitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo • Medio • Alto
Escolaridad	Contexto	Nivel de estudios alcanzados	cuantitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • primaria • secundaria • bachillerato • licenciatura • posgrado

RESULTADOS.

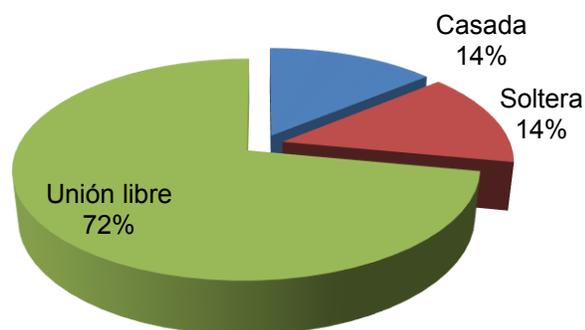
EDAD.

La media de edad en el total de la población estudiada fue de 25 años, mediana de 23 años, moda de 23 años, desviación estándar (DS), fue de 6.32. Se encontró una edad mínima de 14 años y edad máxima de 42 años y rango de 28 años.

ESTADO CIVIL

El estado civil de predominio de estas pacientes fue la unión libre en 144 de los casos, 28 de ellas son casada y 14 solteras. Los porcentajes correspondientes se observan en la figura 1.

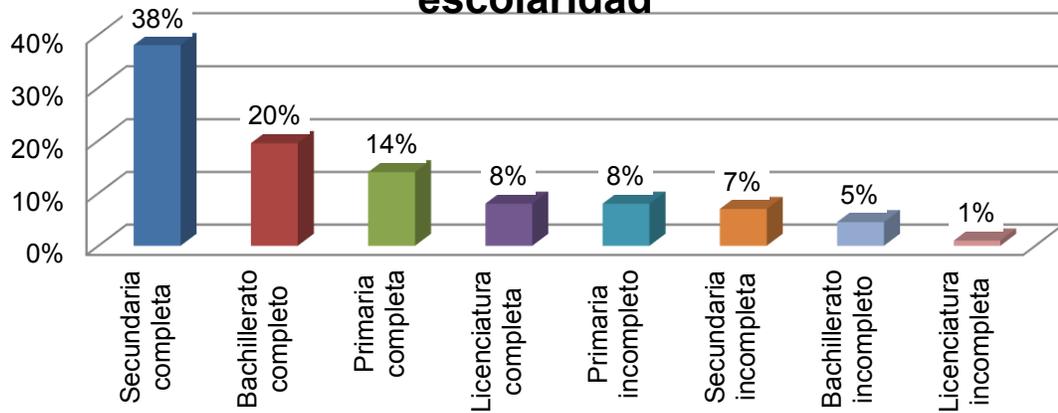
Figura 1. Poblacion estudiada segun estado civil



ESCOLARIDAD

El nivel de escolaridad que predominó en las pacientes fue la secundaria completa en 76 de las pacientes, seguido de preparatoria completa en 39 de ellas, primaria completa en 28, seguido de licenciatura completa y primaria incompleta en 16 pacientes, secundaria incompleta en 14, bachillerato incompleto en 9 de ellas y licenciatura incompleta en 2 pacientes. Los porcentajes se observan en la figura 2.

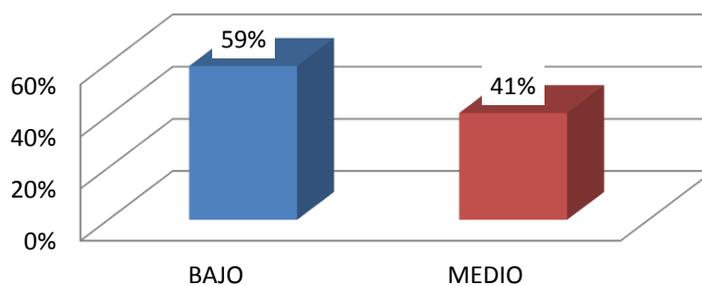
Figura 2. Poblacion estudiada segun nivel de escolaridad



NIVEL SOCIECONOMICO

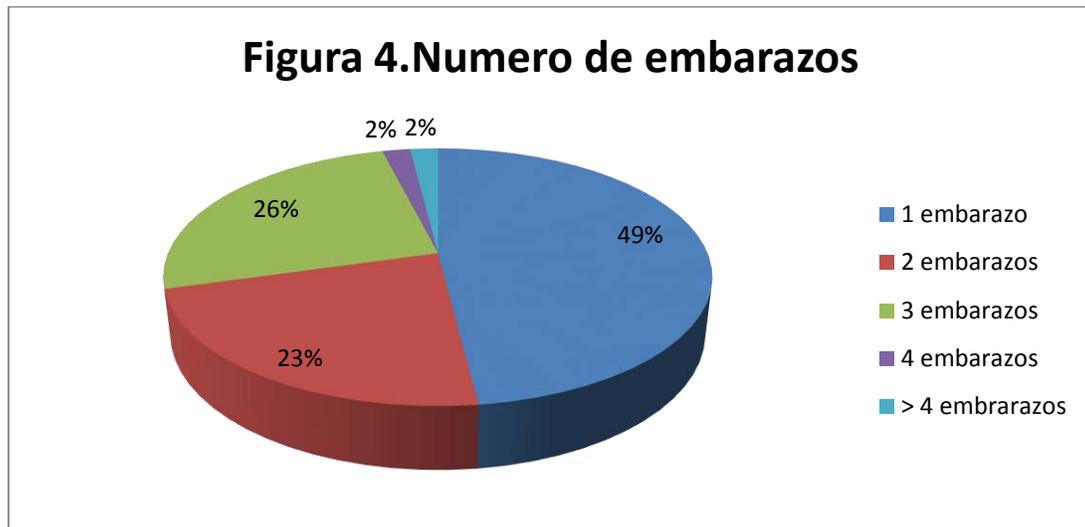
En cuanto a el nivel socioeconómico predominó con 118 pacientes nivel bajo, perteneciendo 76 restantes a nivel socioeconómico medio, y ninguna paciente de nivel socioeconómico alto. Los porcentajes se observan en la Figura 3.

Figura 3. Poblacion estudiada segun nivel socioeconomico



NUMERO DE EMBARAZOS

El número de embarazos en 98 pacientes fue de 2 con el mayor porcentaje, 4 pacientes primigestas, 2 pacientes con 3 embarazos y 4 multigestas con más de 4 embarazos. En la figura 4. Se observan los porcentajes correspondientes

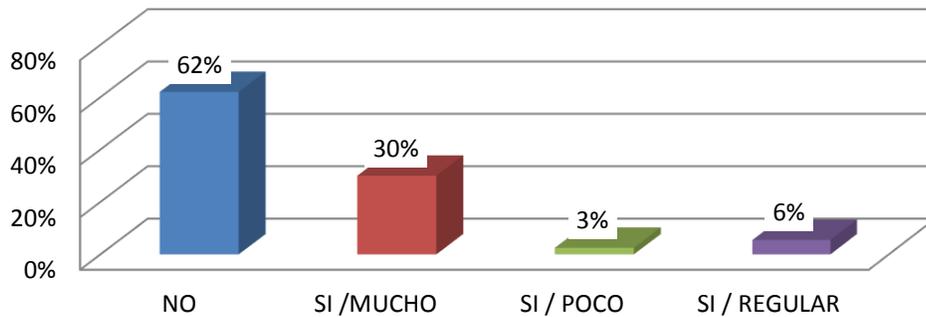


CARACTERISTICAS DEL EVENTO

Tipos de violencia

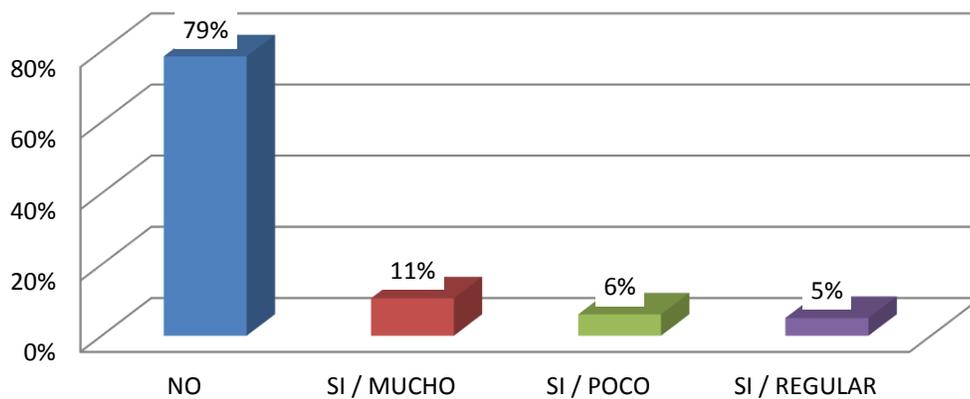
De los tipos de violencia reportados, 76 de las mujeres refirieron que se realizaron alguno o varios procedimientos médicos sin pedirles consentimiento o explicarle por qué eran necesarios, y 124 pacientes respondieron que si se les solicito consentimiento. Los porcentajes se observan a continuación en la figura 5; así como la escala en relación a frecuencia de suceso.

Figura 5. Ausencia de consentimiento para realización de procedimientos medicos

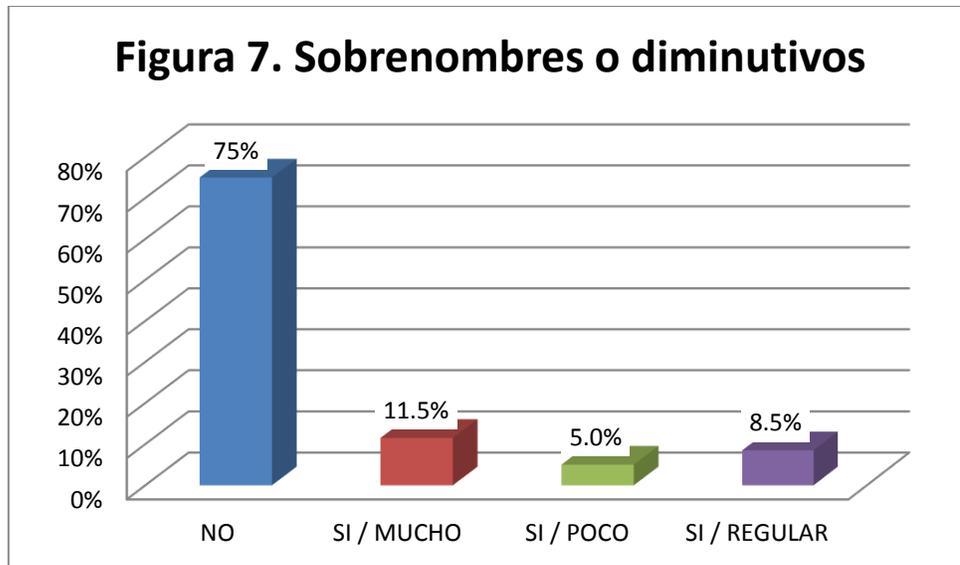


En relación a realización de comentarios irónicos o descalificadores o en tono de chiste acerca del comportamiento de las pacientes, 43 pacientes refirieron que el personal de salud “sí los realizo y 157 que “no”. Los porcentajes se observa a continuación en la figura 6; así como el porcentaje en relación a frecuencia del suceso.

Figura 6. Comentarios Irónicos descalificadores por personal de salud

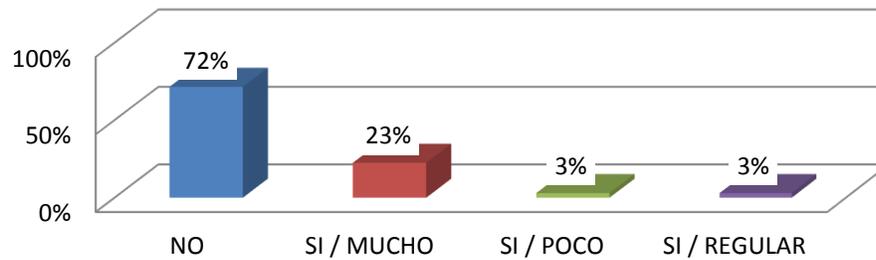


Al valorar si a las mujeres se les trato con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) se obtuvo que a 50 mujeres si se les nombro con alguno de estos sobrenombres o distintos y a 150 se les llamo por su nombre. Se muestra el porcentaje y la frecuencia del suceso en la figura 7.



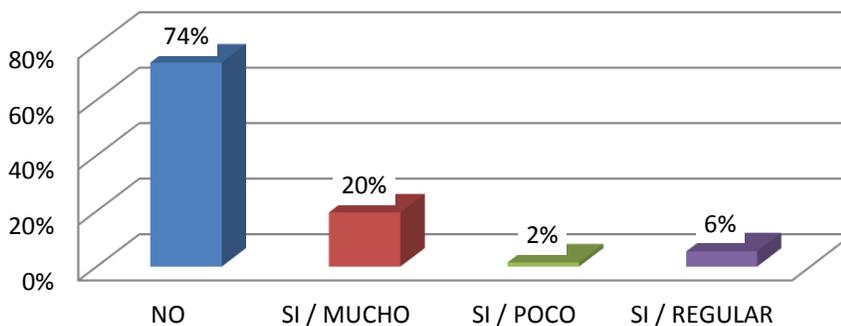
En cuanto al cuestionamiento si la paciente fue criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, yo el parto resulto que 57 mujeres si recibieron este trato y 143 pacientes indicaron que no. A continuación en la figura 8, se observa el porcentaje y la relación en cuanto a frecuencia del evento.

Figura 8. Criticada al llorar o gritar de dolor, emoción o alegría en Trabajo de parto o parto

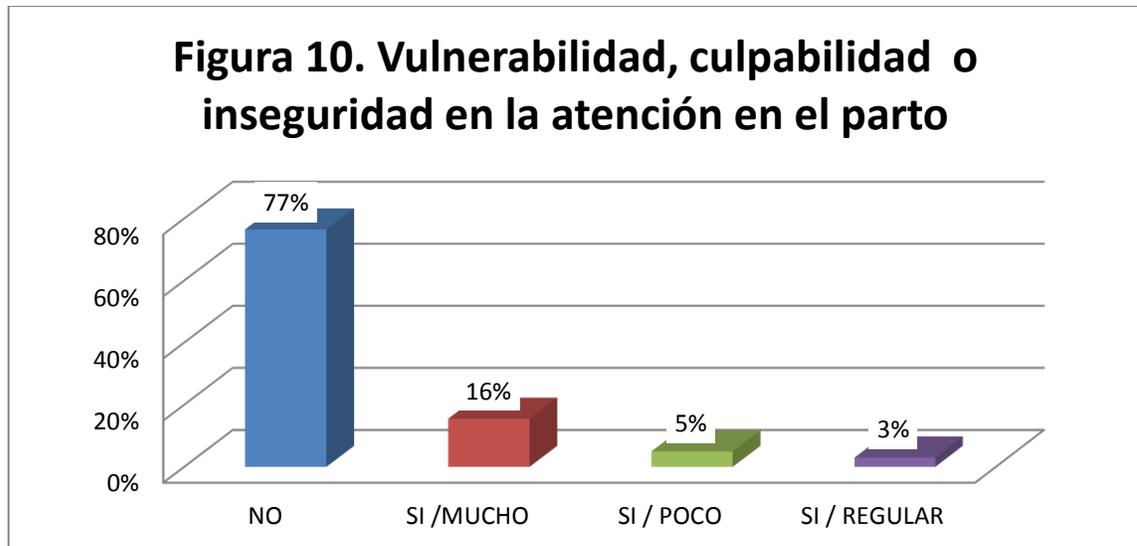


En relación a el cuestionamiento sobre si se le obligo a permanecer acostada aunque manifestara incomodidad impidiéndosele caminar o buscar posiciones necesidades se obtuvo que 53 pacientes mencionaron que si aconteció y 143 que no. En la figura 8 se observan los porcentajes correspondientes.

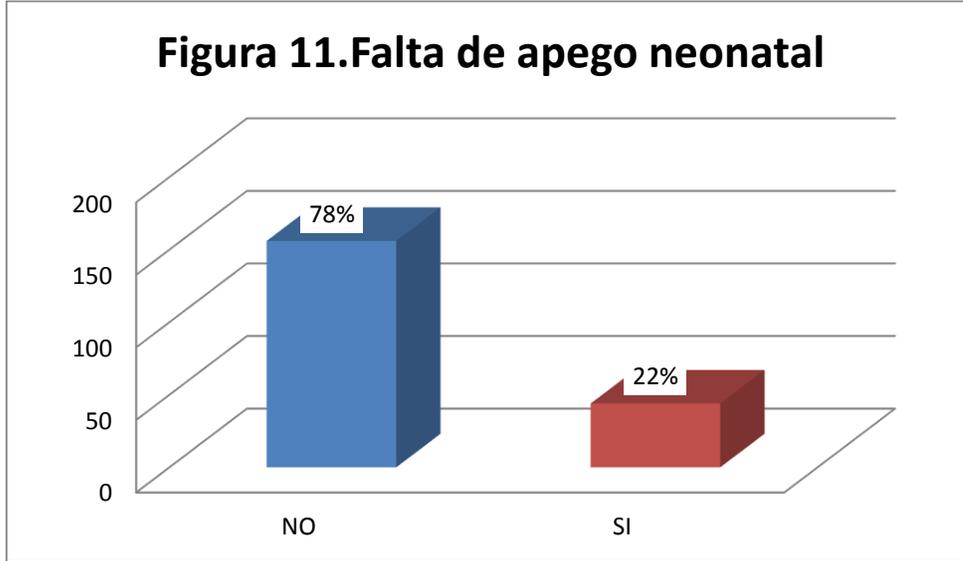
Figura 9. Permanecer acostada impidiéndose caminar o estar en otra posición.



Del total de pacientes 47 indicaron que se sintieron vulnerables, culpables o inseguras con la experiencia de la atención en el parto y 153 indicaron que no. Se muestran los porcentajes correspondientes así como la relación en cuanto a frecuencia del evento en la figura 10.



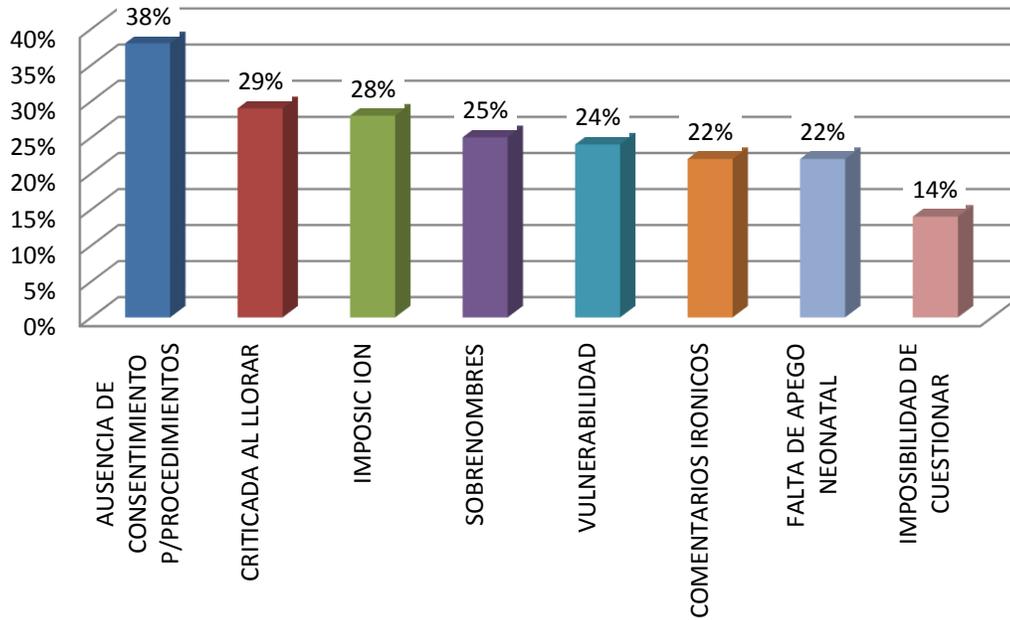
Cuestionando si es que a la paciente se le impidió el contacto inmediato con su recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para su control 44 mujeres refirieron no haberlo tenido cerca y 156 que si hubo contacto inmediato. Se muestran los porcentajes en la figura 11.



En relación a si a las mujeres les fue difícil o imposible preguntar o manifestar sus miedos o inquietudes ya que les respondían de mala manera 43 respondieron que así sucedió y 162 que no correspondiendo 19 % que las pacientes si lo presentaron y 81% que no.

A continuación se muestra un porcentaje de los tipos de violencia obstétrica presentada en nuestra población en la figura 12.

Figura 12. Tipo de violencia obstétrica



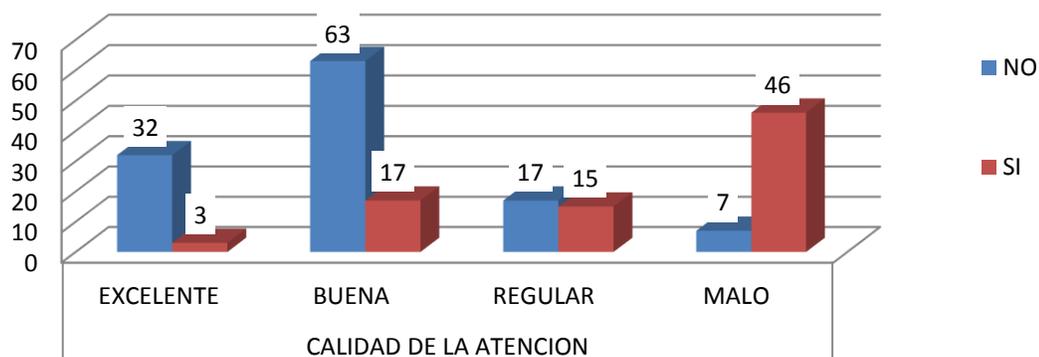
Se considero a las pacientes que respondieron a más de 4 preguntas del cuestionario de violencia obstétrica de forma afirmativa y se calculo el porcentaje de pacientes que fueron sometidas a violencia obstétrica.

Sobre la consideración de la calidad de atención que recibieron durante el trabajo de parto y parto 32 pacientes la consideraron de excelente calidad, 63 mujeres buena calidad, 17 de ellas la consideraron de calidad regular y 7 consideraron mala calidad de atención. Con lo anterior establecimos una asociación entre calidad de atención médica y violencia obstétrica la cual se observa en el cuadro I y la figura 13.

Cuadro I. Estadística inferencial Calidad de la Atención vs Violencia Obstétrica

		CALIDAD DE LA ATENCION				Total
		EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALO	
VIOLENCIA OBSTETRICA	NO	32	63	17	7	119
	SI	3	17	15	46	81
Total		35	80	32	53	200

Figura 13. Asociación entre la Calidad de la Atención y la Violencia Obstétrica



El método estadístico utilizado para evaluar la asociación entre las variables violencia obstétrica y calidad de atención arrojó un chi cuadrado de 74.78, con una p de .001; demostrando significancia estadística.

Chi-Square Tests			
	Value	df	p
Chi cuadrado	74.78	3	.001

DISCUSIÓN.

La edad más frecuente en este estudio que fue de 23 años coincide con la estadística nacional para edad reproductiva. En cuanto al estado civil que predominó encontramos a “Unión Libre”, lo cual puede explicarse por el tipo de pacientes a las cuales van dirigidos los programas de atención materno infantil de la ciudad de México como son; madre solteras, embarazos adolescentes, de bajos recursos y sin acceso a medicina privada.

La escolaridad en el mayor número de mujeres encuestadas es secundaria completa, este resultado refleja el bajo nivel cultural y conocimiento médico por parte de las pacientes encuestadas que va de la mano con otros fenómenos asociados a la baja escolaridad como son embarazos adolescentes, embarazos de alto riesgo, desnutrición materno-infantil, embarazos sin control prenatal, infecciones de transmisión sexual. Así mismo el nivel socioeconómico bajo resulto el ms frecuente y se explica porque el estudio se realizó en un hospital público de la ciudad de México en el cual una de las características para brindárseles atención medica es la falta de accesibilidad a la medicina privada y la no existencia de otros sistemas institucionales de salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX etc) por lo cual era de esperarse que las pacientes pertenecieran a este grupo.

El número de gestas más frecuente fue 2; dicho número de gestas resulta ser la tendencia de embarazos en la actualidad.

La ausencia de consentimiento para realización de procedimientos fue denunciada por casi la mitad de las encuestadas demostrando una verdadera falta de ética médica e interés de los brindadores de servicios medios (ginecoobstetras, enfermeras, residentes de ginecología, médicos internos de pregrado) lo cual es una violación a los derechos de las pacientes, creando un ambiente hostil y de mala relación medico paciente que puede derivar incluso en problemas médicos legales fundamentados en la mala comunicación y falta de autorización en un momento de vulnerabilidad como lo es el trabajo de parto.

Se demuestra con los resultados que el personal de salud no emite comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste en la mayor parte de las atenciones al trabajo de parto, sin embargo se documentan algunas respuestas afirmativas de mal comportamiento por parte de los brindadores de atención lo cual es maltrato.

En la mayoría de las pacientes la forma de dirigirse a ellas fue en una forma respetuosa sin embargo aun existen reportes de utilización de sobrenombres como “gorda” “gordita”, “mamita” “hijita” “madre” en algunos casos demostrando la falta de empatía por parte del personal médico que mecaniza un acto de atención en vez de entender el proceso por el cual la paciente está atravesando. La crítica hacia la paciente por llorar, gritar de dolor, emoción o alegría durante el trabajo del parto por parte del personal de salud aun es manifestada en un gran número de pacientes y aunque no son la mayoría siguen siendo fuente de

quejas por parte de pacientes y familiares pudiendo ser incluso motivo de trauma psicológico a posterior o para partos sucesivos.

La percepción por parte de las pacientes al quedarse en una cama impedidas para caminar o para buscar posiciones según sus necesidades se manifestó en casi un tercio de las encuestadas lo cual crea una percepción de dominio, sometimiento y autoritarismo por parte del personal de salud sin atender a las necesidades humanas y fisiológicas de las pacientes. Cerca de un tercio de las encuestadas refieren su experiencia en la atención de su trabajo de parto como vulnerabilidad, culpabilidad e inseguridad poniendo de manifiesto la deshumanización y falta de ética profesional y médica en los periodos críticos prenatales y durante el trabajo de parto.

La percepción de las madres en base al contacto inmediato con el recién nacido como acariciarlo, tenerlo en brazos, hablarle y darle pecho no demuestra malos resultados para los servidores de salud, este punto es relevante debido a que se ha demostrado la importancia del apego precoz madre/hijo como factor pronóstico de adecuado desarrollo físico, mental y emocional infantil.

El tipo de violencia registrado como el más frecuente en este estudio fue la ausencia de consentimiento para realización de procedimientos médicos y es por ese motivo que las modificaciones en los programas de atención de trabajo de parto deberán enfocarse a las mejoras en este punto, implementando estrategias como sensibilización del personal de salud y fomento de la empatía para con sus pacientes, optimizar las condiciones de trabajo del personal de salud para crear

un ambiente de armonía y cordialidad para con las pacientes, dirigir las metas de salud basado en calidad y no en cantidad de partos atendidos por la institución etc.

Por último agrego dicho estudio mostro significancia estadista entre la violencia obstétrica y percepción de calidad de atención de las pacientes por lo cual este y otros estudios afines se convierten en una herramienta para la implementación de mejoras en los servicios de toco cirugía de hospitales de atención pública.

CONCLUSIONES

La violencia obstétrica es el subtipo de violencia institucional la cual expresa acciones u omisiones que causan algún tipo de daño a las pacientes siendo está generada por un patrón de comportamiento que se establece en la unidad tocoquirurgica y la cual requiere de una adecuada documentación de casos e incidencia en las instituciones de salud así como realización de recomendaciones y sanciones para los casos de mal trato y negligencia médica. Siendo lo anterior indispensable para la evaluación y la aportación de una adecuada calidad de interacción entre el equipo de atención y los pacientes. Logrando con lo anterior mantener la confianza, la empatía, el interés, la honestidad, la solidaridad, la sensibilidad y el respeto a los valores y principios de los enfermos.

El presente estudio ha demostrado que existe una asociación significativa entre la violencia obstétrica y la calidad de atención que se les da a las pacientes en esta unidad. Sin embargo se requiere la realización de estudios multicentricos para evidenciar resultados que lleven a las instituciones a generar estrategias en la cual se eliminen daños, se respete la autonomía y derechos de las pacientes y en las que el personal de salud conozca las repercusiones que existen por los actos con carencia de ética, falta de humanización y profesionalismo.

A futuro es necesario capacitar al personal médico para que lleve a cabo procedimientos de acuerdo a normas establecidas dando a las paciente una atención oportuna y eficaz de atención obstétrica, considerar la adquisición de equipo necesario para la adecuada atención de las mujeres., realizar promoción de apego precoz de recién nacido con la madre, atender de forma adecuada del

trabajo de parto evitando técnicas que aceleren el mismo así como obtención de consentimiento voluntario expreso e informado para la realización de procedimientos. Y final mente eliminación de técnicas o actitudes perjudiciales para la mujer.

BIBLIOGRAFIA

1. Almaguer, José Alejandro, Hernán José García y Vicente Vargas Vite, "La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las instituciones de

- salud”, en Género y salud en cifras, México, vol. 8, núm. 3, septiembre diciembre 2010, pp. 3-20.
2. Villanueva-Egan, Luis Alberto, “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”, en Revista CONAMED, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre 2010, p. 148.
 3. López ., Rico, B., Langer, A., y Espinoza, G.(Comps.). Género y Política en Salud. México: SSA-UNIFEM. 2003
 4. Medina, , “Violencia obstétrica”, en Revista de Derecho y Familia de las Personas, Buenos Aires, núm. 4, diciembre 2009.
 5. OMS, Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo, Ginebra, 1996.
 6. OMS, “Appropriate technology for birth”, en The Lancet, Reino Unido, vol. 326, núm. 8452, 24 de agosto de 1985, pp. 436-437.
 7. Comité CEDAW, Observación General 24. Artículo 12: La mujer y la salud, 20º período de sesiones (1999), párrafo 2.
 8. INEGI, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre. Datos Nacionales”, México, 10 de mayo de 2012.
 9. Castro Roberto, Joaquina Erviti. 25 años de investigación de violencia obstétrica en México.Rev CONAMED 2014;19(1):37-42
 10. CDHDF, Recomendación 02/2009. Negligencia médica y deficiencias en la disponibilidad de personal y de recursos materiales en la atención a la salud materno-infantil, México, 30 de marzo de 2009.
 11. Castro, Roberto y Joaquina Erviti, “La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio”, en López, Paz, Blanca Rico, Ana Langer y Guadalupe Espinosa, Género y Política en Salud, México, Secretaría de Salud, 2003, p. 259
 12. Rojas G, Gonzalez J. La violencia obstétrica es una epidemia silenciosa. El gremio medico no reconoce el problema. Venezuela: Ultimas noticias; 2009 junio 13.

13. Gupta J. K. Hofmeyr G J. Posición de la mujer durante el periodo expulsivo durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La biblioteca Cochrane plus 2007; Oxford, oupdate software.
14. Palmer Morales Y. Prince Velez R, Sarcy Bernal R. Factores relacionados con el Síndrome de Burnout en Ginecólogos. Ginecol obstet mex 2007., 75:379-83.
15. Castro, R., y López, A. (eds.), (2010). Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Montevideo: UdelaR/CRIM-UNAM
16. Agoff. M. C, Casique, y Castro, R. (Coords.) 2013. Visible en todas partes. Estudio sobre violencia sobre mujeres en múltiples ámbitos. México: Miguel Ángel Porrúa y CRIM- UNAM
17. Valdez Santiago R, Hidalgo Solorzano E et al Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto, Rev CONAMED 2013; 18(1): 14-20
18. Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring. En: Harbor A. (ed.) The definition of quality and approaches to its assessment. Mich: Health administration Press; 1980
19. Lohr KN. (ed.) Medicare: A strategy for Quality Assurance. Washington DC: National Academy Press; 1990.
20. D'EMPAIRE, Gabriel. CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA Y PRINCIPIOS ÉTICOS. Acta bioeth. [online]. 2010, vol.16, n.2, pp. 124-132. ISSN 1726-569X.

ANEXO

EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____ ESTADO
 CIVIL _____ NUMERO DE EMBARAZOS _____
 PARTOS _____ CESAREAS _____
 CONSIDERA SU NIVEL SOCIOECONOMICO: bajo () medio () alto ()

Mientras estabas internada en el hospital, con contracciones de trabajo de parto:

1. ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?

SI () NO ()

POCO () REGULAR () MUCHO ()

2. ¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?

SI () NO ()

POCO () REGULAR () MUCHO ()

3. ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto?

SI () NO ()

POCO () REGULAR () MUCHO ()

4. ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?

SI () NO ()

POCO () REGULAR () MUCHO ()

5. ¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?

Rasurado de genitales - Enema - Indicación de permanecer acostada todo el tiempo – Rotura artificial de bolsa - Administración de medicación o goteo para “apurar” el parto – Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas - Compresión del abdomen en el momento de los pujos - Episiotomía – Cesárea - Raspaje del útero sin anestesia

SI () NO ()

POCO () REGULAR () MUCHO ()

6. En el momento del parto, ¿Te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?

SI () NO ()

POCO () REGULAR () MUCHO ()

7. ¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?

SI () NO ()

POCO () REGULAR () MUCHO ()

8. ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?

SI () NO ()

9. ¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.)

10. SI () NO ()

11. Después del parto, ¿Sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías “colaborado”)?

SI () NO ()

POCO () REGULAR () MUCHO ()

12. Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿Te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?

SI () NO ()

POCO () REGULAR () MUCHO ()

13. ¿Cómo consideras la calidad de atención que recibiste durante el trabajo de parto y parto?

Excelente (

Buena ()

Regular ()

Mala ()

Pésima ()