



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE LA ATENCIÓN DEL
PARTO EN EL HOSPITAL GENERAL TLÁHUAC Y SU RELACIÓN CON EL
NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CON LA EDAD DE LAS PACIENTES**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: SERVICIOS DE SALUD

**PRESENTADO POR:
JAVIER EDUARDO UBALDO FUENTES**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTOR DE LA TESIS:
DRA LUCRECIA GARCÍA HERNÁNDEZ**

2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE LA ATENCIÓN DEL
PARTO EN EL HOSPITAL GENERAL TLÁHUAC Y SU RELACIÓN CON EL
NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CON LA EDAD DE LAS PACIENTES**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: SERVICIOS DE SALUD

**PRESENTADO POR:
JAVIER EDUARDO UBALDO FUENTES**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTOR DE LA TESIS:
DRA LUCRECIA GARCÍA HERNÁNDEZ**

2020

PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL HOSPITAL GENERAL TLÁHUAC Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CON LA EDAD DE LAS PACIENTES



**PRESENTADO POR:
JAVIER EDUARDO UBALDO FUENTES**

VO. BO.

DR. JUAN CARLOS DE LA GERDA ÁNGELES



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

VO. BO.

DRA. LILIA ELENA MONROY RAMÍREZ DE ARELLANO



**DIRECTORA DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO**



SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL HOSPITAL GENERAL TLÁHUAC Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CON LA EDAD DE LAS PACIENTES



**PRESENTADO POR:
JAVIER EDUARDO UBALDO FUENTES**

DIRECTOR DE TESIS

VO.BO. DRA LUCRECIA GARCÍA HERNÁNDEZ



- **AGRADECIMIENTOS PERSONALES**

A mis padres, Javier y Angélica, por su amor, trabajo y guía en todos estos años.

A mi hermano por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento.

A mi familia porque con sus consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona.

A mis amigos, por apoyarme cuando más los necesité, por extender su mano en momentos difíciles.

Finalmente, en especial a mi abue Polita, por el cariño y las atenciones que siempre tuve de ella. *“Extrañar no es estar vacío, sino estar lleno de alguien que se hace presente a pesar de su ausencia”*, siempre te recordaré.

- **AGRADECIMIENTOS INSTITUCIONALES**

Al personal del Hospital General Tláhuac, con especial mención al servicio de Ginecología y Obstetricia, así como Trabajo Social.

A la Dra. Lucrecia García Hernández, Jefa del área de Ginecología, por el apoyo otorgado durante la realización de este trabajo.

Al Dr. Luis Enrique Moreno Salazar Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital General Tláhuac, al comité de bioética que aceptó mi proyecto.

Todo este trabajo ha sido posible por todos ustedes. Gracias totales.

ÍNDICE:

1. Resumen (sin paginar).	
2. Introducción.	1
3. Material y Métodos	21
4. Resultados	24
5. Discusión	37
6. Conclusiones	39
7. Recomendaciones	39
8. Referencias Bibliográficas	41

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del presente estudio es conocer la percepción de Violencia Obstétrica en el Hospital General Tláhuac.

Metodología: Tipo de estudio, observacional, descriptivo, con muestreo por conveniencia, se incluyeron 163 pacientes, a quienes se les aplicó el Test de Violencia Obstétrica, previo consentimiento informado, con 11 preguntas dicotómicas.

Resultados: El 48% de las mujeres encuestadas percibieron algún tipo de violencia obstétrica por parte del personal de salud. Con mayor frecuencia fue afirmativa la respuesta a procedimientos realizados sin consentimiento o sin explicación (28%), en cuanto al procedimiento con mayor frecuencia encontrado es la amniotomía con un 13%. Se encontró que la percepción de violencia obstétrica aumenta conforme las pacientes tienen un mayor nivel socioeconómico; así como también con la edad ya que a mayor edad se reportó mayor frecuencia de violencia obstétrica.

Conclusiones: La violencia obstétrica es un problema de salud pública que se debe abordar bajo un modelo con perspectiva de género e interculturalidad como parte del marco normativo que rige los servicios de salud.

Palabras clave: Violencia obstétrica, atención al paciente, violencia institucional.

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

Desde finales del siglo XX, la salud sexual y reproductiva ocupa un lugar predominante en la agenda de desarrollo internacional y, en consecuencia, constituye una prioridad para los sistemas nacionales de salud, debido a que se relaciona de manera transversal con dos ejes de los derechos humanos: el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.¹³

En México, 2 de cada 3 mujeres son o han sido violentadas en algún momento de su vida², este dato incluye el tema de violencia obstétrica el cual es un problema en las salas de labor que ha llamado la atención de manera creciente a nivel nacional e internacional. Sin embargo no siempre se le ha dado la importancia a este tipo de violencia de género siendo un tema que repercute en la calidad de atención de la paciente.

DEFINICIONES

Para la definición de Violencia Obstétrica se debe comprender principalmente la violencia de género hacia las mujeres la cual se define como cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público¹. Así mismo involucra tanto a las personas como a la sociedad, comunidades, relaciones, prácticas e instituciones sociales, y al Estado que la reproduce al no garantizar la igualdad.

En la Declaración de las Naciones Unidas (1993), se define como violencia hacia la mujer: “Cualquier acto de violencia basado en el género que posiblemente resulte en daños o sufrimientos físicos, sexuales o psicológicos de la mujer, incluyendo amenazas de cometer dichos actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea en la vida pública o privada.”²

En el caso específico de la violencia obstétrica, se le considera como un tipo de violencia institucional, entendiendo esta última como las normas y los

procedimientos institucionales, así como a los actos u omisiones de las y los servidores públicos, resultado tanto de prejuicios 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 discriminan o tengan como fin dilatar, obstaculizar, impedir el goce y ejercicio de los 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 violencia¹.

La Violencia Obstétrica se definió por primera vez en Venezuela en 2007, como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización, y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”³. Y es precisamente en este país donde recibe también el nombre de epidemia silenciosa, considerando que las actitudes y acciones que la definen, son prácticas generalizadas en las instituciones oficiales, aunque prácticamente no reconocidas².

Existen trabajos que recaban definiciones recientes, como la de Ricoy presentada en el congreso internacional del Royal College of Obstetrics and Gynaecologists: “La violencia obstétrica es el acto de anular la autoridad y autonomía que tienen las mujeres sobre sus sexualidades, sus cuerpos, sus bebés y sus experiencias al dar a luz. Es también el acto de restar consideración a la espontaneidad, las posiciones los ritmos y el tiempo que requiere el trabajo de parto para progresar de manera normal, cuando no hay indicación para llevar a cabo una intervención. Y es también, la falta de respeto por las emociones de la madre y el bebé durante todo el trabajo de parto, parto y nacimiento”¹⁴.

Por otro lado existen otros conceptos, por ejemplo los utilizados por Salvador y Reyes que la definen como “un tipo de violencia de género que permite nombrar el malestar que muchas mujeres sienten después del parto, no obstante la sociedad les dice que todo está bien y que lo único importante es que el bebé está vivo”¹⁴. Así, este término en particular permite nombrar estas experiencias, contribuyendo a legitimar el dolor que muchas mujeres sienten después de vivir situaciones negativas durante la atención en el embarazo y trabajo de parto.

Existe una definición que contempla, más que una serie de acciones, un conjunto de elementos teóricos, seleccionados y puestos en relación que pueden ser correlacionados con las prácticas y experiencias en el ámbito empírico: “Las prácticas de violencia obstétrica, sólo pueden comprenderse como el resultado de la intersección de relaciones de poder vinculadas al género, de saberes y de jerarquías de clase, que interactúan en las luchas por la apropiación y legitimación del conocimiento y el manejo de la atención a la salud en el campo concreto de la atención a la salud reproductiva. De manera que, las tensiones generadas por estas jerarquías, se reflejan en narrativas opuestas acerca de lo que es el parto y nacimiento y de cuáles son los procedimientos adecuados para asistirlo. Estas constituyen elementos importantes para comprender las lógicas que subyacen los debates actuales en torno al tema”¹⁴.

El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), asociación civil sin fines de lucro, dedicada a promover y defender los derechos sexuales y reproductivos, presenta un concepto más amplio y descriptivo sobre violencia obstétrica cuyos elementos han sido discutidos en la esfera académica con el contexto legal mexicano. En el informe “Omisión e Indiferencia. Derechos Reproductivos en México”, establece que: “Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres va desde regañones, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para

recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su ‘consentimiento’, hasta formas en las que es posible constatar que 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”⁷

ANTECEDENTES

La gran mayoría de los actos y omisiones contemplados actualmente dentro del concepto de violencia obstétrica han sido sujetos a investigación, análisis y denuncia en diferentes contextos desde las décadas de los sesenta y setenta.

En el 2002 d’Oliveira publicó los resultados de una investigación basada en información sobre la violencia ejercida contra las mujeres en instituciones de salud de Perú, Brasil, Tanzania, Nigeria y Sudáfrica. En esta, se clasifican los actos de violencia en las categorías de negligencia, violencia verbal, violencia sexual y violencia física. Entre los principales hallazgos se menciona el tratamiento médico inapropiado y el uso de procedimientos no indicados, incluyendo la realización de cesáreas por conveniencia o ganancia monetaria del médico, tricotomía, inducción del trabajo de parto y episiotomía realizados rutinariamente, así como el aislamiento de la mujer. Se incluye también la importancia del cuestionamiento que hacen las mujeres sobre la legitimidad o calidad del servicio y el haber enfrentado prejuicios por parte del personal como elementos que influyen en la toma de decisiones sobre el uso de los servicios disponibles

En los países anglosajones se ha impulsado el estudio de lo que se conoce como “disrespect and abuse” durante el parto. En 2010, Bowser y Hill publicaron una revisión de la literatura y propusieron una clasificación en siete grupos de las diferentes formas de abuso existentes en torno a esta materia⁴:

1. Abuso físico
2. Atención no autorizada
3. Atención no confidencial
4. Atención no dignificada (incluyendo abuso verbal)
5. Discriminación basada en características particulares de las mujeres
6. Abandono durante la atención
7. Detención en las instalaciones

Dentro del marco de trabajo del Human Reproduction Programme de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en septiembre de 2014 se publicó una declaración en la que se denuncia el maltrato y la falta de respeto en la atención al parto y se mencionan acciones concretas para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto, en centros de salud a nivel mundial.⁵

Desde fines del siglo pasado, se ha impulsado, sobre todo desde América Latina, la noción de violencia obstétrica para referirse al carácter estructural del problema y sobre todo, para enfatizar que se trata de una forma específica de violencia contra las mujeres⁴.

En México, la violencia ejercida contra las mujeres durante la atención a la salud reproductiva es un fenómeno que se ha presentado por décadas y de múltiples formas.

A nivel nacional se publicó el primer artículo acerca de la violación de los derechos de las mujeres durante la atención del parto en México (Castro y Erviti, 2003)⁴. Posteriormente, a lo largo del tiempo se han realizado numerosos estudios y meta análisis que dejan en claro la gravedad de la violencia obstétrica y de las consecuencias que esta situación conlleva.

En México desde 2007 se expidió la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, sin embargo el concepto y análisis sobre la

violencia obstétrica no es abordado, solo de manera implícita como violencia Institucional¹.

En 2014 se aprueba la sanción a la violencia obstétrica, aprobando tres dictámenes de modificaciones a las leyes de Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia y de Igualdad entre Hombres y Mujeres, entre otras, a fin de ofrecer mayores garantías a las trabajadoras y más certera protección en la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio¹.

Recientemente en el 2017 se emitió la recomendación general número 31/2017 sobre la violencia obstétrica en el sistema nacional de salud donde se analiza la problemática en cuatro diferentes puntos⁶:

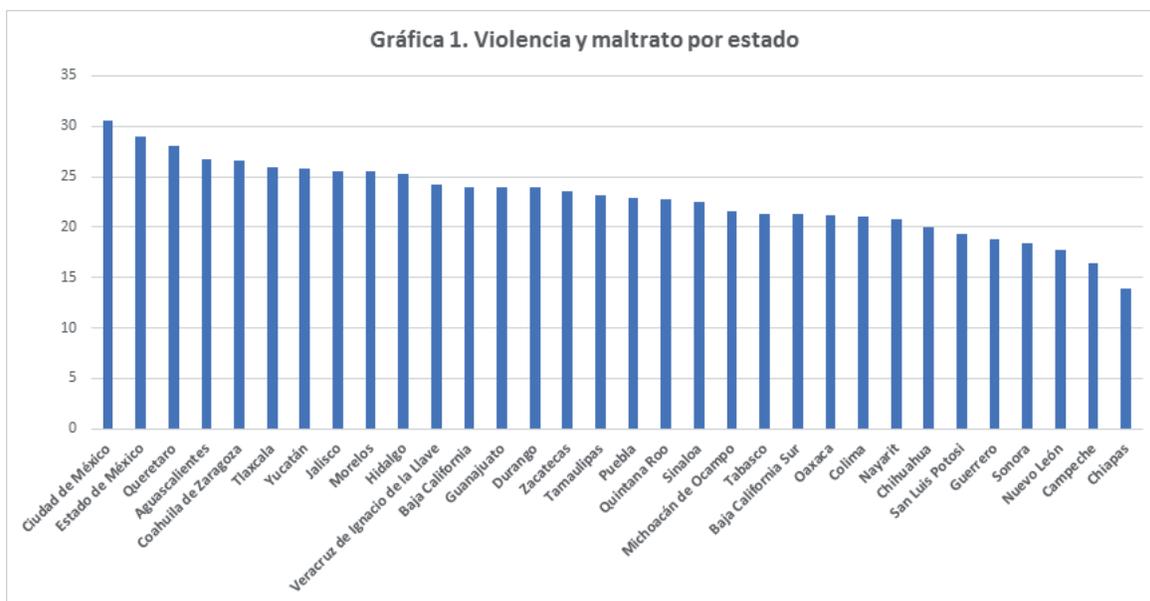
- A. Atención a las mujeres en las instituciones de salud durante el embarazo, parto y puerperio.
- B. Casos sobre violación de los derechos humanos y salud reproductiva de las mujeres durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio.
- C. Parto Respetado: una forma de evitar la violencia hacia la mujer.
- D. Conclusiones de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos

EPIDEMIOLOGÍA

Con respecto a las estadísticas de la violencia obstétrica en nuestro país contamos con la encuesta ENDIREH (Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares) 2016 quienes abordan el tema realizando 12 preguntas a mujeres de 15 a 49 años durante su último parto, si este ocurrió en los últimos cinco años. Los resultados arrojados fueron los siguientes: el 11.2% de las mujeres reportó haber sufrido gritos o regaños durante la atención del parto, mientras que el 10.3% señaló que el personal se tardó “mucho en atenderla porque decían que gritaba o se quejaba mucho”. El 9.9% de las mujeres reportó haber sido ignorada cuando preguntaba sobre el parto o sobre su bebé, y 9.2% fue obligada a permanecer en una posición incómoda o molesta. El 7% de las mujeres señaló haber sufrido ofensas y humillaciones por

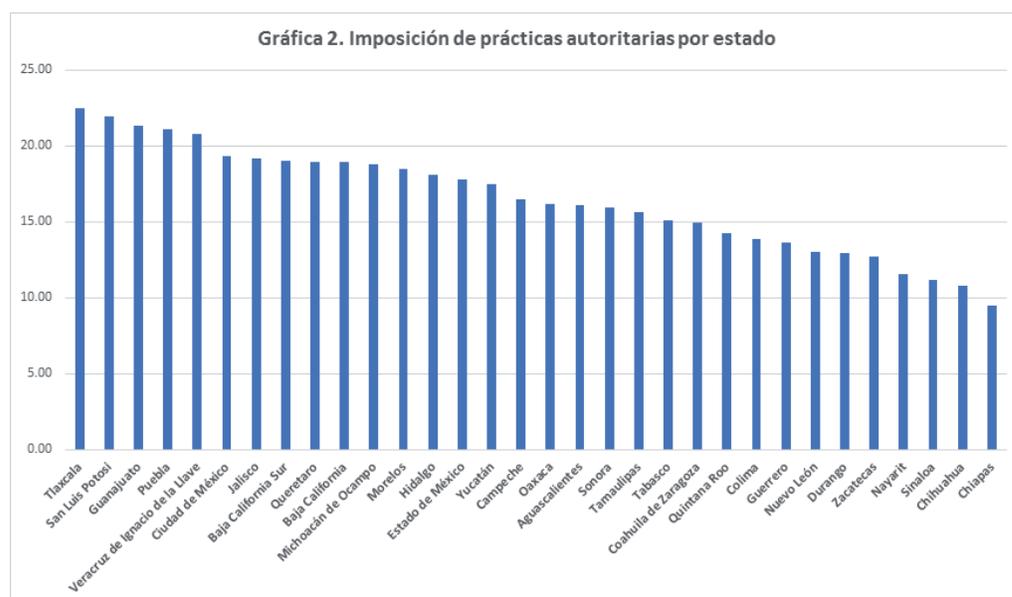
parte del personal, mientras que casi el 5% señaló que el personal se negó a anestesiarla o aplicar bloqueo para disminuir el dolor sin dar explicaciones. Además, el 3.2% de las mujeres señaló que tras el parto le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé durante más de 5 horas, sin causa alguna o sin que le informaran la causa de la tardanza. 9.2% de las mujeres señaló que fue presionada para que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos, mientras que a 4.2% se les realizó alguno de estos dos procedimientos sin que se les haya avisado o ellas hubieran otorgado su consentimiento. Finalmente, 1.7% reportó haber sido obligada a firmar un papel sin tener conocimiento de qué se trataba. Por último, entre las mujeres que tuvieron una cesárea, el 10.6% reporta que no se le informó con claridad que era necesaria una cesárea, y el 9.6% no otorgó su autorización para que se la hicieran. En general, el 33.2 % de las pacientes reportaron algún tipo de violencia obstétrica¹.

Dentro de los resultados por entidad federativa se menciona que la Ciudad de México es la entidad con la más alta proporción de reportes (30.5%), lo cual se muestra en la gráfica 1, seguida de un segundo grupo de entidades con una proporción superior al 25%: Estado de México, Querétaro, Aguascalientes, Coahuila, Tlaxcala, Yucatán, Jalisco, Morelos e Hidalgo. En el otro extremo, las entidades con la más baja prevalencia (pero aún muy elevada, de acuerdo con el reporte de las mujeres), es decir, por debajo de 20%, son Chihuahua, San Luis Potosí, Guerrero, Sonora, Nuevo León, Campeche y Chiapas, siendo ésta última entidad la única cuya prevalencia está por debajo de 15%.⁴



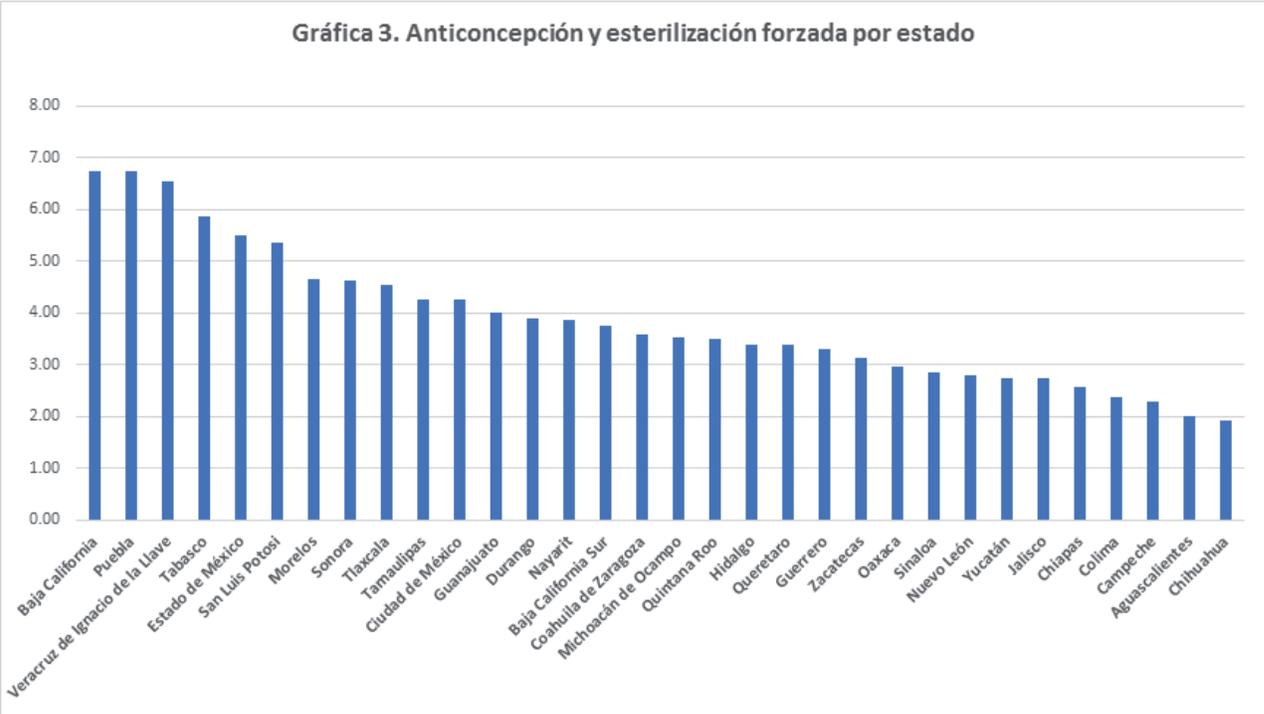
FUENTE: Resultados de la ENDIREH 2016

Así mismo en la encuesta se reporta por separado los dos tipos de violencia obstétrica que se abordan en la entrevista con los resultados que se muestran en la gráfica 2 y 3, la primera revela que la atención no autorizada tiene las prevalencias más altas en los estados de Tlaxcala, San Luis Potosí, Guanajuato, Puebla y Veracruz, con porcentajes arriba de 20%. Mientras que las prevalencias más bajas, es decir por debajo de 15%, se presentan en Coahuila, Quintana Roo, Colima, Guerrero, Nuevo León, Durango, Zacatecas, Nayarit, Sinaloa, Chihuahua y Chiapas, con esta última entidad siendo la única con una prevalencia menor a 10%.⁴



FUENTE: Resultados de la ENDIREH 2016

Por último la gráfica 3 se refiere a la colocación de DIU o a la esterilización sin el consentimiento de las mujeres. En este caso se presentan los datos de forma específica porque la esterilización sin consentimiento está contemplada como un delito en diversos códigos penales estatales que se mencionarán más adelante. Las prevalencias más altas, según el reporte de las mujeres, se registran para los estados de Baja California y Puebla (6.7%), seguidas de Veracruz (6.5%), y Tabasco, Estado de México y San Luis Potosí (con prevalencias arriba de 5%). En el otro extremo, las prevalencias más bajas se registran en los estados de Chiapas, Colima, Campeche, Aguascalientes y Chihuahua, siendo esta última la única con una proporción menor a 2%. Es importante resaltar que estas cifras son conservadoras, porque puede haber numerosos casos en que las mujeres no sepan que se les colocó un método anticonceptivo o que les operaron.⁴



MARCO NORMATIVO

Actualmente en México se debe destacar las definiciones de las leyes de acceso de los estados de Durango, Chiapas y Veracruz, ya que estas son más específicas respecto de los actos y omisiones que configuran la violencia obstétrica y en su definición todas comparten las siguientes conductas⁷:

1. Omitir la atención oportuna y eficaz de 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 sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de las técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar la cesárea, aun cuando existen condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Con lo anterior, queda claro que cualquier prestador de servicios de salud, esto incluye personal médico, enfermería, trabajo social, etc, puede cometer este tipo de violencia en la Unidad Hospitalaria

El Código Penal de Veracruz tiene tipificado el delito de violencia obstétrica. Dicha tipificación se realizó en el marco de una serie de modificaciones propuestas a este ordenamiento, para lograr un acceso efectivo de las mujeres a una vida libre de violencia, tal como se asegura en la exposición de motivos de la iniciativa de reforma del artículo 363 de dicho código:^{7,8}

- I. No atiende o no brinda atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas;

- II. Altere 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;
- III. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
- IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad;
- V. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarle inmediatamente después de nacer; y
- VI. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.

Las penas contempladas van de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario para el caso de las fracciones I, II, III y IV. Para quien incurra en los supuestos de las fracciones IV y V las sanciones van de seis meses a tres años de prisión y multa de hasta doscientos días de salario, así mismo si el sujeto activo del delito fuere servidor público, se le impondrá la destitución e inhabilitación, hasta por dos años, para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos.^{7,8}

A nivel nacional en el Diario Oficial de la Federación se encuentra publicada la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 que busca, entre otros temas, disminuir los daños obstétricos y los riesgos para la salud de las mujeres y de sus hijos en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio.⁹ Esta norma pone énfasis en la realización de actividades preventivas de riesgos durante el embarazo, así como la racionalización de ciertas prácticas que se llevan a cabo de forma rutinaria y que aumentan los riesgos o que son

innecesarias. Asimismo, se plantea la necesidad de fortalecer la calidad y calidez de los servicios de atención médica durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Con respecto al tipo de violencia obstétrica que afecta la salud reproductiva, es imperativo mencionar que en la Ley General de Salud se establece: “Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran”¹⁰. Las sanciones a las que se hace referencia podrán ser: 1) Amonestación con apercibimiento; 2) Multa; 3) Clausura temporal o definitiva (parcial o total), y 4) Arresto hasta por treinta y seis horas. Además, se sancionará con una multa de entre seis mil y doce mil veces el salario mínimo.

La tipificación en el Código Penal Federal del delito de “esterilidad provocada sin el consentimiento”¹¹ se encuentra en el capítulo de delitos contra los derechos reproductivos, e impone al responsable entre cuatro y siete años de prisión y hasta setenta días de multa, reparación de los daños y perjuicios ocasionados, además de la suspensión del empleo o profesión por un plazo igual al de la pena de prisión impuesta o la inhabilitación definitiva. . Ocho estados también tienen tipificado, en sus códigos penales, el delito de esterilización forzada, en términos similares al código federal, sin embargo, es preocupante que la esterilización forzada no se contemple como delito en los códigos penales de la mayoría de las entidades federativas, considerando que atenta gravemente contra la integridad personal, la autonomía reproductiva y la salud de las personas.⁷

En la Ciudad de México el marco jurídico de la violencia obstétrica comienza en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal (ahora Ciudad de México) publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 29 de enero de 2008¹⁷, el tema de Violencia Obstétrica no

está contemplado, sin embargo, en su Título Cuarto, De la coordinación interinstitucional y las medidas de prevención y atención, en su Capítulo II, De La Prevención, artículo 18, sobre la Secretaría de Salud del Distrito Federal, solo hace alusión al tema de los derechos sexuales y reproductivos, así como a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Uno de los temas más relevantes dentro de esta ley es el tema de la interrupción legal del embarazo, que establece en el artículo 18, fracción III, lo siguiente:

Artículo 18. La Secretaría de Salud del Distrito Federal deberá: ... III. Generar y difundir información sobre los derechos sexuales y reproductivos; prevención de las enfermedades de transmisión sexual, adicciones, accidentes; interrupción legal del embarazo, salud mental, así como todos aquellos tendientes a prevenir la violencia contra las mujeres.

Asimismo, el referido artículo 18, en su fracción V, incluye la elaboración de informes semestrales de las acciones realizadas en cumplimiento de la NOM-046-SSA2-2005 sobre la "Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención" ¹⁸ en lo que respecta a la violencia sexual, sin embargo, no está contemplada la violencia obstétrica. Es importante mencionar que a pesar de que esta Ley fue reformada en diciembre de 2014, no se incluyó el tema de violencia obstétrica.

Actualmente existe una propuesta de reforma presentada por el grupo parlamentario de Morena¹⁹, a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia del Distrito Federal (ahora Ciudad de México) en la Cámara de Diputados con el fin de que se adicione la definición de violencia obstétrica en el artículo 6, fracción VII, conforme al siguiente texto:

(PROPUESTA) VII. Violencia Obstétrica: Es toda acción u omisión por parte del personal de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, de tipo médico o

administrativo, que dañe, lastime, o denigre a las mujeres de cualquier edad durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia en su atención médica; se expresa en la negación de la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos a las mujeres, trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad.

VIOLENCIA OBSTETRICA Y SU RELACION CON EL NIVEL SOCIOECONOMICO Y EDAD DE LA PACIENTE

Los estudios provenientes del campo de las ciencias sociales nos permiten profundizar en la complejidad de factores involucrados en nuestro objeto de estudio lo cual resulta indispensable tanto para sentar las bases de la investigación, como informar la creación de políticas y programas públicos encaminados a prevenir y erradicar la violencia obstétrica. Partiendo de la premisa básica que comparten los Estudios de la Ciencia y la Tecnología (en particular la Sociología del Conocimiento Científico) y la Antropología Médica, se considera que el contexto socio-cultural, político y económico influye en el ejercicio de la práctica médica –con el respaldo de una supuesta neutralidad científica- y, a la vez, la práctica médica influye en los contextos en donde es ejercida. Es decir, que no podemos hablar de espacios locales y aislados, sino de ambientes permeables y dinámicos donde hay flujos constantes de información que modifican esos ambientes. Desde este punto de vista, se considera que las violaciones a los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos de las mujeres durante la atención biomédica de los procesos reproductivos están inherentemente vinculadas a relaciones de poder asimétricas prevalentes en la sociedad general.

Es el campo médico, y particularmente en el ámbito de la reproducción, donde con más contundencia se ha mostrado el funcionamiento de las relaciones de poder simbólico²⁰, que simultáneamente derivan y perpetúan la institucionalización del patriarcado y la supremacía del conocimiento autoritativo

de la ciencia médica que invalida otros saberes . Asimismo, los estereotipos de género entre los que se encuentran la visión de la mujer como inferior, ignorante, irresponsable, sumisa u obediente ²¹ se articulan con otros elementos que legitiman la posibilidad de imposición y dominación en el encuentro clínico- el momento en que una persona entra en contacto con el personal de atención a la salud.

Entre los principales factores socio-culturales que influyen en las violaciones a los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres durante la atención médica institucional se encuentra la intersección entre estatus socioeconómico, edad, etnicidad, preferencias sexuales –entre otros- que generan una reproducción estratificada ²² donde las relaciones de poder delimitan quiénes deben reproducirse y quiénes no, de qué manera y cuántas veces; así como el imaginario de las niñas y niños considerados deseables para la sociedad y aptos para la vida ^{23,24} .

Rodríguez A y Aguilera L. en su estudio “La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. el caso de Tenerife”²⁵, no encontraron correspondencia entre los datos obtenidos y las diferentes variables sociodemográficas y concluyen que la violencia obstétrica se ejerce sobre la mujer por el simple hecho de ser mujer, situación que caracteriza cualquier acto de violencia de genero

En un estudio realizado en Boca del Río, Veracruz, se utilizó el Test de Violencia Obstetrica para determinar cuantas pacientes habrían sufrido parto desagradable y deshumanizado, tomando en cuenta que se necesitarían de 2 o mas indicadores en Test, sus resultados reportaron que el 97% respondieron positivo a al menos 2 indicadores del Test. Dentro de los resultados el rango de edad con mayor registro de violencia fue de 18-22 años con el 36.6%, seguido por el grupo de 23-27 y 28-32 años con porcentajes casi similares de 27.6 y 24.6%, y aunque difieren mínimamente en edades de manera relativa, significa

que al ser mujeres menores de edad, están mucho más vulnerables al procedimiento que vivenciaron respecto a la atención de su parto o cesárea.

MODALIDADES DE VIOLENCIA OBSTETRICA

El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) se hace referencia a dos modalidades de violencia obstétrica: la física y la psicológica⁷:

La primera tiene que ver con las prácticas invasivas no justificadas, entre estas se encuentran:

- Falta de respeto a los tiempos y posibilidades del parto biológico.
- No permitir a la mujer elegir la posición durante el parto.
- Uso de medicamentos, no justificados por el estado de salud de la mujer.
- Intervenciones médicas innecesarias: episiotomía, tricotomía y enema como prácticas sistemáticas; uso rutinario de oxitocina, analgesia y anestesia; tasa excesiva de cesáreas, superior a la recomendada por la OMS (entre 10 y 15% de los nacimientos).
- Esterilización o aplicación de métodos anticonceptivos temporales, sin brindar consejería previa a la paciente ni obtener su consentimiento.

Por otra parte, la violencia psicológica contempla: la omisión de información, el trato deshumanizado y los actos u omisiones que impliquen discriminación o humillación, ya sea cuando la mujer pide asesoramiento, cuando requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica.

En términos de políticas públicas y programas específicos desarrollados en el país, en el Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro, la Dirección General de Planeación y Desarrollo (DGPLADES) desarrolló, a partir de diversas fuentes, la siguiente conceptualización en torno a la violencia obstétrica: “Se comprende como violencia obstétrica, un tipo de violencia de género institucional, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, que se expresa como una forma

específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se presenta en la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud —públicos y privados—, y se expresa en relaciones de poder, en la que se legitiman y naturalizan una serie de procedimientos, en 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 del recién nacido y del puerperio en la mujer. - Un trato deshumanizador, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decisión de parte de las mujeres en trabajo de parto, lo cual mengua sus derechos humanos”¹⁶.

Como complemento a esta definición, clasifica una serie de prácticas en diferentes categorías que permiten desagregar los múltiples elementos, de diversa índole que integran la violencia obstétrica:

a) Procedimientos técnicos efectuados de manera rutinaria que no cuentan con evidencias de efectos positivos, por ello la OMS recomienda su exclusión si no existe una indicación médica precisa, como el rasurado, los tactos vaginales excesivos, los enemas evacuantes, la inducción del parto con oxitócicos, el uso de sedantes y tranquilizantes, la posición horizontal de litotomía, la restricción de la ingesta de líquidos, el confinamiento en cama, el dejar a la mujer sola sin acompañamiento psicoafectivo, el separar a las madres de sus bebés, así como la episiotomía y la revisión de cavidad uterina.

b) Maltratos y humillaciones. Frases expresadas en el trabajo de parto, referidas por personal de salud, cuando la mujer expresa dolor u otras emociones, inquietudes, dudas o necesidades.

c) Procedimientos obstétricos realizados sin necesidad, para facilitar el aprendizaje de estudiantes, internos y residentes. En esta categoría se incluye

a los tactos vaginales, episiotomías, aplicación de anestesia epidural y uso de fórceps, revisiones de cavidad uterina y realización de cesáreas.

d) Diseño de presupuestos y espacios de atención materna. Las mujeres representan en México un poco más de la mitad de la población y se estima que siete de cada diez mexicanas de más de 15 años han tenido al menos un hijo vivo, lo que indica que 71.6% de la población femenina con vida reproductiva en México ha necesitado atención médica. El marco jurídico que regula las condiciones de ciudadanía les otorga igualdad de derechos, de manera que las mujeres pagan impuestos al igual que los hombres, sin embargo ha sido claro que el diseño de presupuestos y, en particular, de los espacios de atención perinatal, se realiza desde la mirada androcéntrica.

e) Maltrato cultural y social en salud reproductiva. Contempla burlas y rechazo sobre las concepciones y prácticas culturales de los diversos grupos, así como la mayor discriminación que sufren las mujeres pertenecientes a grupos étnicos o a otros grupos en condiciones de pobreza y marginación¹⁶.

En cualquier caso, presenta una violación de los derechos humanos y un grave problema de salud pública, es alarmante que muchas mujeres en todo el mundo sufran un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud, siendo resultado de una autoridad unilateral, creando un ambiente favorable para la consolidación de las diferentes formas de violencia¹². Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios.⁵

Se han creado estrategias para prevenir y afrontar este problema de salud pública sin embargo no ha sido suficiente para disminuir la presencia de esta entidad en las unidades de atención médica. Dentro de las estrategias que se pueden realizar está la de capacitar académicamente al personal, así como concientización de las mujeres, la movilización social y la creación de leyes y

políticas públicas con el fin de garantizar la provisión de atención obstétrica si violencia.¹²

La importancia de este tipo de violencia de género en las instituciones de salud se hace necesario una evaluación para la identificación y posteriormente, realizar recomendaciones específicas en torno a los resultados de la unidad médica en cuestión.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como ya se ha mencionado, el estudio de la violencia obstétrica ha tenido auge en los últimos años por tratarse de un tipo de violencia de género, la cual, pese a los esfuerzos por la concientización y el esparcimiento de las ideas de igualdad, se ha recrudecido en los últimos años en todo el mundo, y México no es la excepción².

Actualmente contamos con cifras estadísticas, ya previamente mencionadas, donde se tiene que destacar que la Ciudad de México es la entidad con la más alta proporción de reportes de violencia por estado. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que al ser una encuesta sobre el último parto de cada mujer entrevistada hay varios factores que alteran los resultados como el hecho de que “la mayoría de las mujeres prefieren olvidar las molestias y maltratos del parto, para no complicar su estado emocional”². Existen aún más factores que alteran dichos resultados y no muestran de manera fidedigna la situación actual sobre la violencia obstétrica y cómo afecta a la calidad de atención de las pacientes al final de su embarazo.

En el ámbito institucional es importante el abordaje del tema en especial tratándose de este tema, ya que es parte de la calidad de atención al paciente, y la necesidad de tener un panorama del problema nos ayudará a crear herramientas para combatir este tipo de violencia, así mejorar la percepción y la atención de las pacientes.

Por esta razón es importante crear estudios para identificar y posteriormente prevenir la existencia de la violencia obstétrica. El estudio que se pretende realizar es posible con pocos recursos y no representa mayor esfuerzo más que recabar la percepción de las pacientes durante su estancia y atención en la Unidad Médica.

El Hospital General Tláhuac, atiende a personas vulnerables económicamente, así también como a pacientes con limitaciones en el acceso de servicios de Salud, siendo así una población representativa de esta entidad.

JUSTIFICACION

Las experiencias de maltrato físico o verbal suelen evidenciarse en investigaciones que abordan otros problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva por lo tanto no es el objetivo principal de dichas investigaciones el problema de violencia obstétrica en particular sabiendo que es un fenómeno multifactorial, así tenemos limitaciones en dichos estudios.

Por esa razón este proyecto parte de los antecedentes y de lo realizado hasta ahora sobre el tema, con el objetivo de permitir una conceptualización de violencia obstétrica y el desarrollo de un instrumento, cuyas categorías y variables den cuenta de la estructura del problema, sin la cual no puede llegarse a una visión comprehensiva y relacional del fenómeno y sus elementos asociados.

De esta forma la violencia obstétrica es un problema de salud pública del que se tiene que intentar abordar de manera integral con todo el personal de salud.

HIPÓTESIS DEL TRABAJO

La violencia obstétrica es una entidad frecuente en la atención del trabajo de parto en el Hospital General Tláhuac y está asociada a un nivel socioeconómico más bajo y a edades más tempranas.

OBJETIVOS

GENERAL:

- Determinar la percepción de Violencia Obstétrica en el Hospital General Tláhuac

ESPECÍFICOS

- Determinar si existe asociación entre el nivel socioeconómico y percepción de violencia obstétrica en el Hospital General Tláhuac
- Determinar si existe asociación entre la edad de la paciente y la percepción de violencia obstétrica en el Hospital General Tláhuac
- Identificar el tipo de personal de salud de quien se percibe mayor porcentaje de violencia obstétrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional transversal descriptivo con modelo cualitativo, el tipo de muestreo fue cualitativo por conveniencia, eligiendo a pacientes obstétricas quienes ingresan al Hospital General Tláhuac para atención de parto del 1 al 30 de Abril de 2019 y cuyo embarazo finalizó en dicho internamiento, mediante una entrevista directa estructurada se aplicó como instrumento el “Test de Violencia Obstétrica” (2010)²⁸, realizado por las organizaciones civiles de Argentina “Dando a luz” y “Maternidad Libertaria” con un total de 11 Ítems en donde se buscó evaluar la percepción de Violencia Obstétrica basado en el trato del personal de salud hacia las mujeres cuyas

opciones de respuesta son de tipo dicotómica (SI y NO) donde las participantes deben elegir en cada uno de los ítems. La respuesta de la pregunta 5, se dividió en 10 incisos (de la “a” a la “j”) en los que valora la práctica de ciertas técnicas y procedimientos realizados por el mismo personal que la atendió, pudiendo elegir más de una opción. Previamente a la elaboración del estudio se agregaron datos sociodemográficos como edad, estado civil, nivel de educación.

Las variables utilizadas se presentan en la siguiente tabla:

VARIABLE/ CONSTRUCTO	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Violencia Obstétrica	Consecuen te	De acuerdo al resultado del Test de violencia obstétrica, donde se considera que existe violencia obstétrica con una respuesta positiva	Cualitativa dicotómica	SI/NO
Edad	Control	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha del estudio. Se clasificará de acuerdo al punto de corte donde se considera paciente con edad materna de riesgo.	Cuantitativa continua	Menor a 19 años De 19 a 34 años Igual o mayor de 35 años
Nivel de Educación	Control	Grado máximo de estudios que cursa la paciente	Cualitativa ordinal	Sin estudios, primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura
Estado Civil	Control	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa nominal	Casada, unión libre, soltera, divorciada, viuda, separada

Religión	Control	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad	Cualitativa nominal	Católica, cristiana, judía, Otra: a especificar.
Ocupación	Control	Actividad o trabajo que desempeña en su vida cotidiana.	Cualitativa nominal	Ama de casa, empleada, estudiante, profesionista, comerciante, otra a especificar
Atención Obstétrica	Control	Tipo de atención que recibió la paciente para finalizar su embarazo	Cualitativa nominal	Cesárea, Parto
Nivel socio-económico	Control	Atributo del hogar que caracteriza su inserción social y económica. Está basado en el nivel de educación, el nivel de ocupación y el patrimonio. Se realiza de acuerdo a la clasificación que utilizada en el Hospital General Tlahuac	Cuantitativa continua	Nivel 0, Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5
Hablante de Lengua indígena	Control	Hablante de un idioma cuyo origen histórico se remonta a épocas anteriores a la conquista española	Cualitativa dicotómica	SI/NO

Una vez obtenidos los datos de las pacientes, se clasificaron dependiendo de las variables como edad, estado civil, nivel socioeconómico, mediante el programa Excel de Microsoft Office, se realizaron gráficas para la presentación de los resultados. Así mismo se identificaron a las pacientes quienes sufrieron violencia obstétrica y se compararon las variables a determinar con la presencia o no de violencia obstétrica, los cuales se presentan en tablas y gráficas.

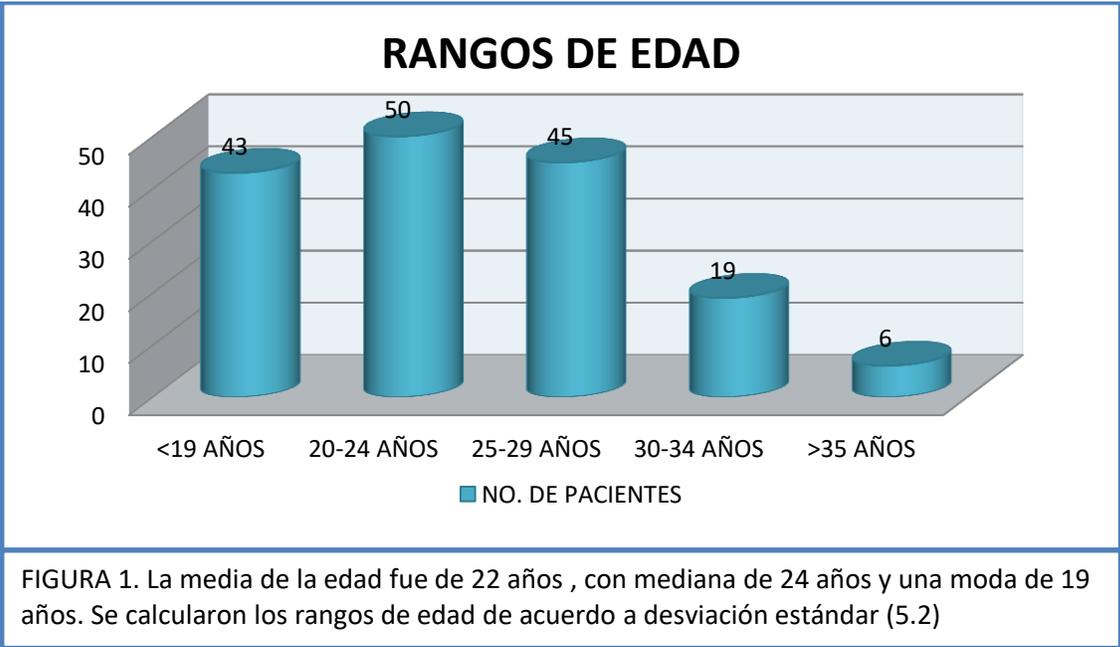
Los criterios de integración fueron: mujeres con embarazo de término (mayor o igual a 37 semanas de gestación) que ingresan al servicio de toco cirugía para la atención de parto. Los criterios de no integración: embarazo pre término;

pacientes obstétricas que acuden a urgencias por otro motivo de atención que no sea interrupción de embarazo. Como criterio de interrupción se encuentran las pacientes que ameriten ingresar a Terapia Intensiva. Y por último como criterios de eliminación: a las pacientes que egresan del Hospital General Tláhuac aún con embarazo; y pacientes que no deseen participar en el estudio.

RESULTADOS

Se realizaron en total 163 cuestionarios, los cuales fueron recabados y procesados con el programa Excel de la suite de oficina Microsoft Office, una vez obtenidos los datos se realizaron tablas y gráficos de frecuencias, con los siguientes resultados:

De acuerdo a rango de edad, se obtuvo la gráfica de la figura 1, donde se observa que el rango de edad en donde se encontraron la mayoría de las pacientes es de 20-24 años, así mismo con menos pacientes mayores de 35 años.



FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

En la figura 2, se expone el porcentaje de violencia obstétrica de acuerdo al rango de edad, y se puede observar que a mayor edad, mayor es el porcentaje de violencia obstétrica encontrado.

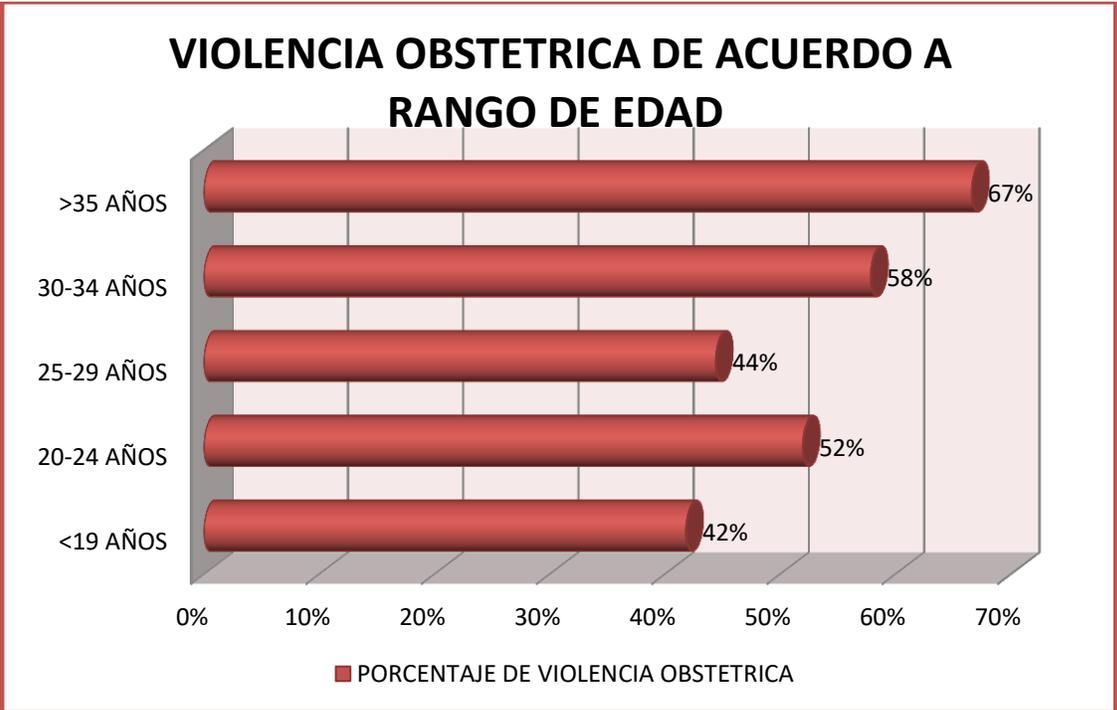


FIGURA 2. El mayor porcentaje de violencia obstétrica de acuerdo a rango de edad se encontró en mayores de 35 años (67%), mientras que a menor edad disminuye en porcentaje hasta el 42 %.

FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

Se graficó el estado civil de las participantes obteniendo los resultados de la Figura 3, donde se reporta que el 71% de las participantes se encuentran en unión libre, mientras que el resto son solteras y casadas, con 17% y 12% respectivamente.



FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

En la Figura 4 se observa la frecuencia de violencia obstétrica en porcentaje de acuerdo a estado civil, se debe aclarar que no hay estadísticas para pacientes divorciadas, separadas o viudas ya que ninguna de las participantes dijo pertenecer a alguno de estos grupos.



FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

Durante la entrevista, otra variable que se interrogó fue si hablaba alguna lengua indígena ya que representa un grupo vulnerable de acuerdo a la Secretaría de Salud² para sufrir violencia de género, de las participantes interrogadas solo el 6% dijo encontrarse en este grupo, como es esperado la mayoría no pertenece a este grupo siendo el 94% restante.

Sin embargo al momento de graficar a las pacientes de cada grupo que percibieron violencia obstétrica los porcentajes son muy similares, Figura 5 y 6, siendo de las pacientes hablantes de alguna lengua indígena un 50% y de las no hablantes el 48%.

HABLANTES DE LENGUA INDÍGENA

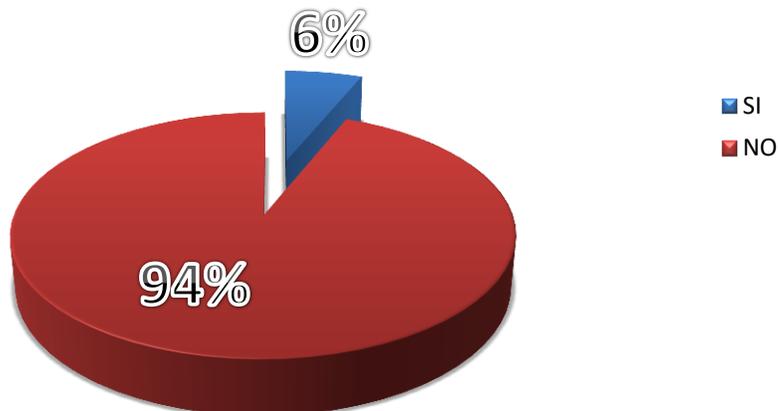


Figura 5. Solo el 6% (10) de las pacientes dijeron hablar una lengua indígena. Mientras que el 94% no la hablan.

FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

PORCENTAJE DE VIOLENCIA OBSTETRICA EN HABLANTES DE LENGUA INDÍGENA

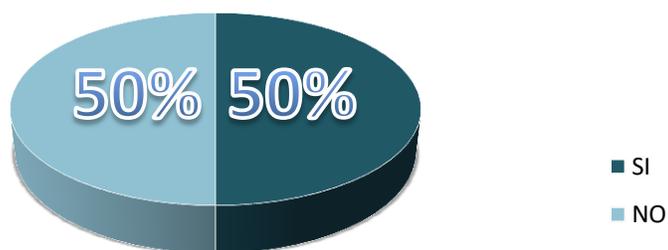


Figura 5. De las pacientes hablantes de alguna lengua indígena, el 50% sufrieron de violencia obstetrica.

FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

PORCENTAJE DE VIOLENCIA OBSTETRICA EN NO HABLANTES DE LENGUA INDÍGENA

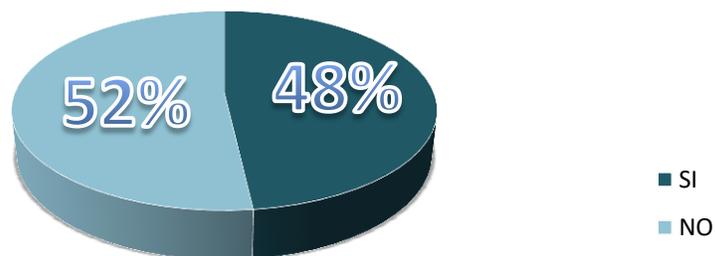
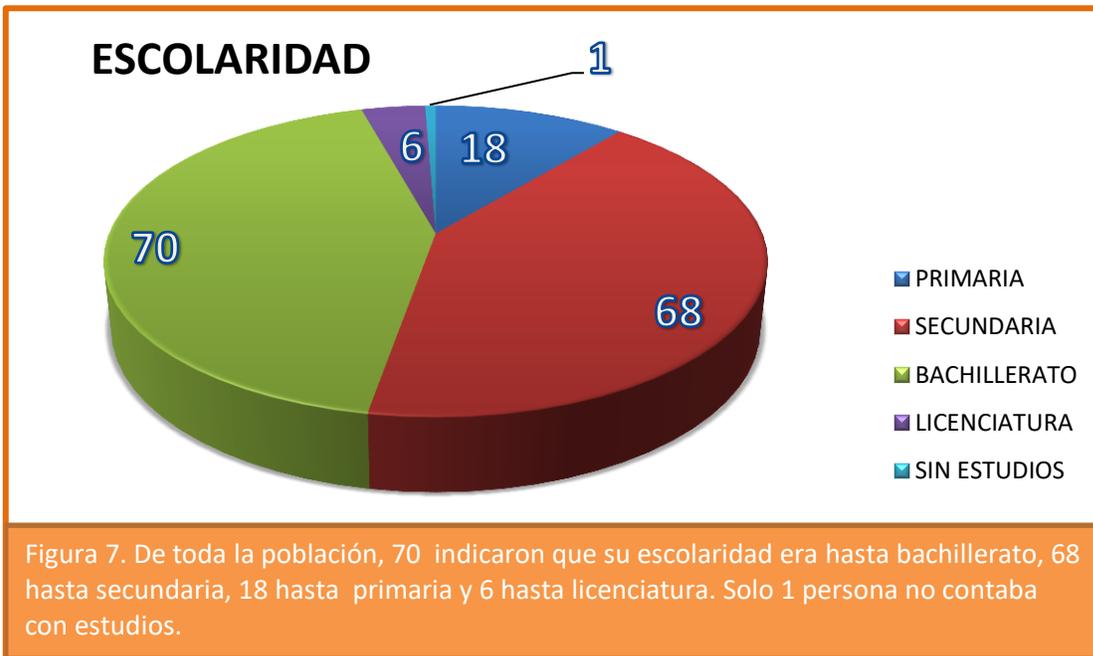


Figura 6. De las pacientes **NO** hablantes de lengua indígena, el 48% sufrieron de violencia obstetrica.

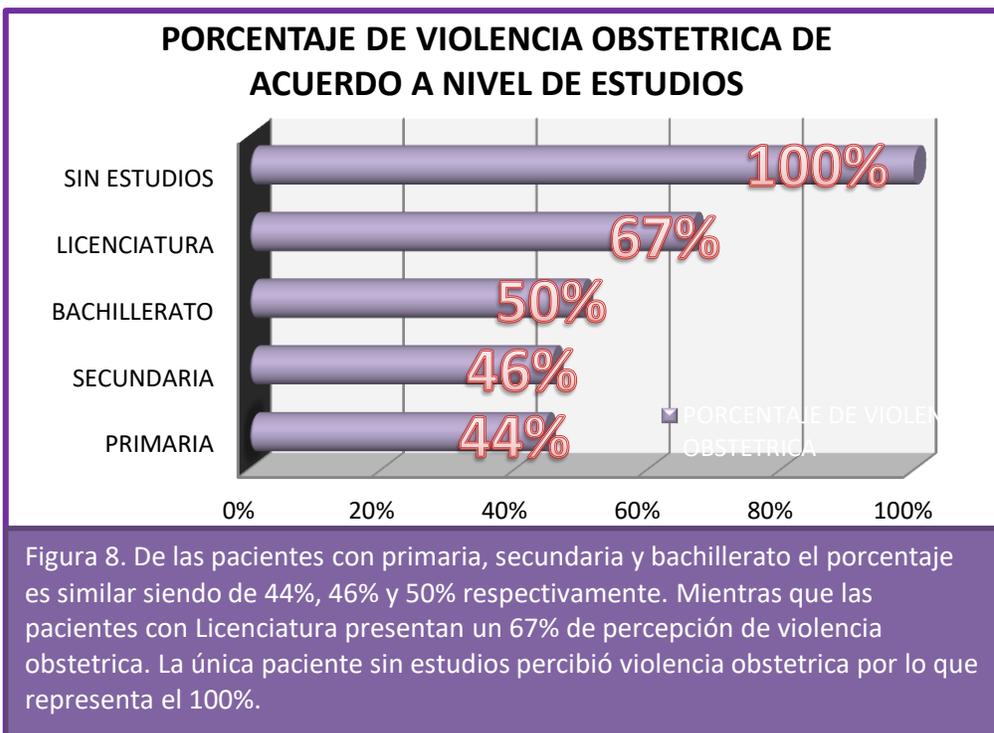
FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

De acuerdo a la escolaridad de las pacientes se obtuvieron los resultados representados en la Figura 7.



FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

En la Figura 8 se puede observar que la percepción de violencia obstétrica tiende a ser más frecuente conforme aumenta el nivel de estudios.



FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

De acuerdo a su ocupación (Figura 9) se encontró que la mayoría de las entrevistadas son amas de casa (138) que representan el 85% de la población. Mientras que el 7% dijeron ser empleadas, un 4% son estudiantes y finalmente comerciantes y profesionistas con 2% cada una.



Figura 9. La mayoría de las entrevistadas refirieron como ocupación ama de casa (85%), siendo empleadas con un 7%, Estudiantes 4%, y finalmente comerciante y profesionista con 2 % cada ocupación.

FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

La religión fue otra variable que se recolecto de las pacientes encontrando los resultados de la Figura 10. La mayoría de las pacientes dijeron profesar la religión católica, mientras el 11% son cristianas, y el 14% dijeron no profesar ninguna religión

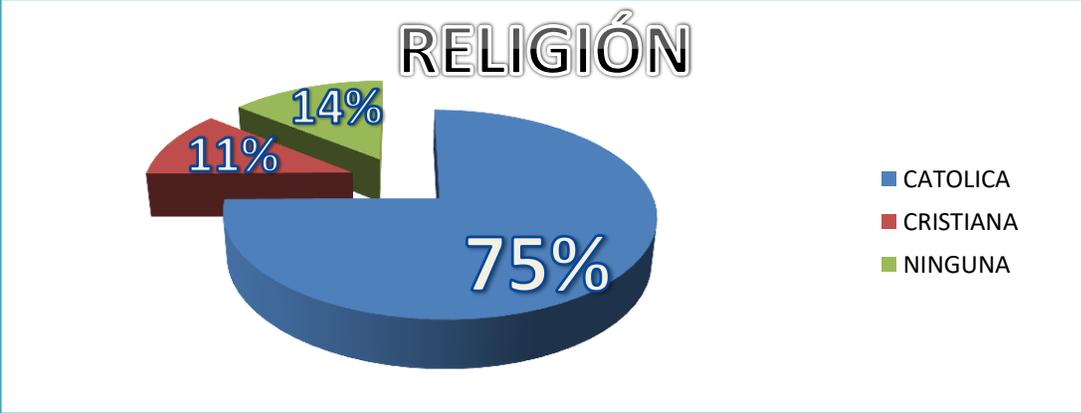


Figura 10. El 75% de las pacientes profesan la religión católica, mientras que el 11% la religión cristiana. El 14% dijeron no profesar ninguna religión.

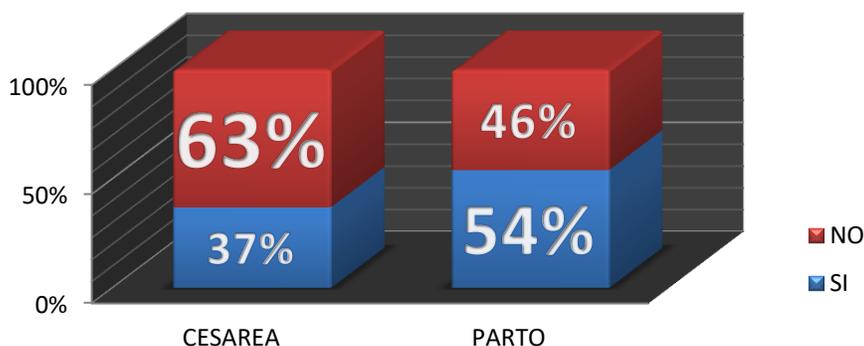
FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

En la Figura 11 se observa el tipo de atención obstétrica realizada a las participantes, encontrando un 70% de cesáreas y 30% de partos.

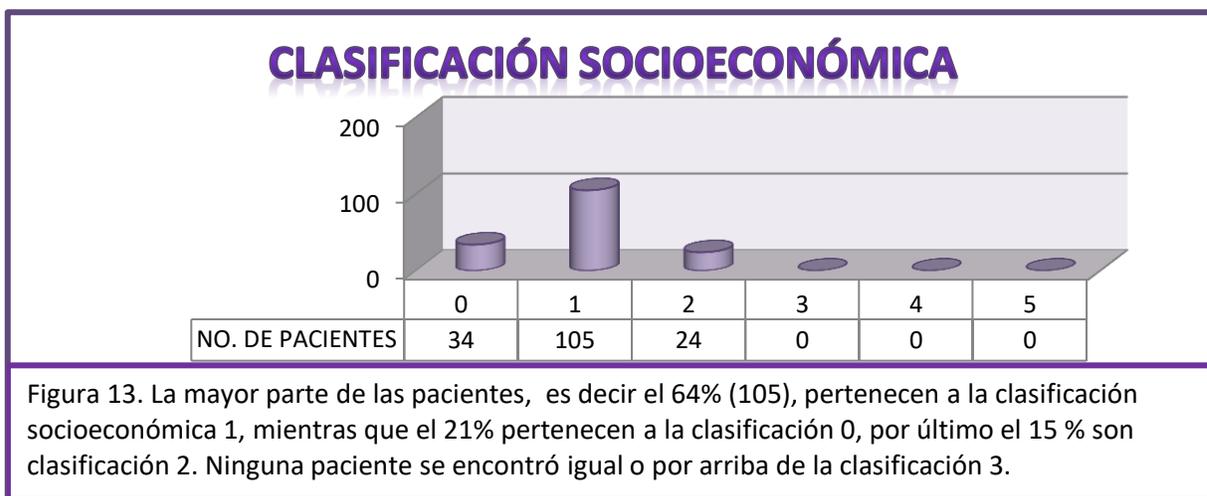


De las pacientes a quienes se les realizó interrupción de embarazo vía cesárea, el 37% percibió violencia obstétrica, mientras que las atendidas por vía del parto el porcentaje fue de 54% (Figura 12).

VIOLENCIA OBSTETRICA DE ACUERDO A TIPO DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA



De acuerdo a la clasificación socio-económica de las pacientes, se encontraron los resultados de la Figura 13.



FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

De acuerdo a lo anterior se realizó el porcentaje de percepción de violencia obstétrica por nivel socioeconómico, encontrando mayor frecuencia a mayor nivel, como lo hace notar la Figura 14, donde se observa el 75% de violencia obstétrica en nivel 2 mientras que en el nivel 1 el 48% y por último en el nivel 0 solo el 32%.

PORCENTAJE DE VIOLENCIA OBSTETRICA DE ACUERDO A NIVEL SOCIOECONÓMICO

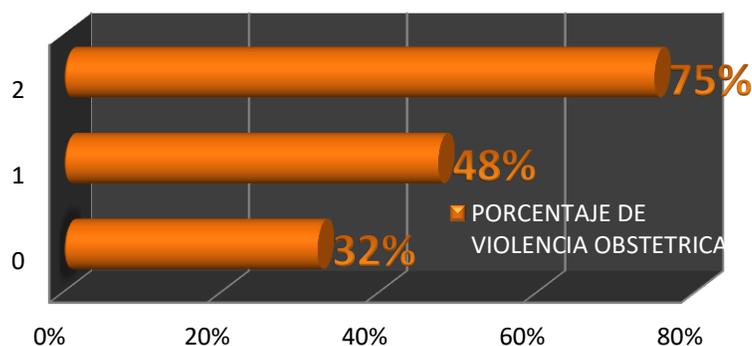


Figura 14. De las pacientes con clasificación socioeconómica menor es decir de 0, el porcentaje de violencia es menor (32%), mientras que de nivel 1 es del 48%, el nivel 2 tiene el porcentaje más alto de percepción de violencia en un 75%.

FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

En la población estudiada, se observó la percepción de violencia obstétrica de manera general como lo muestra la Figura 15, donde el 48% percibieron violencia obstétrica y el 52% no lo hicieron.

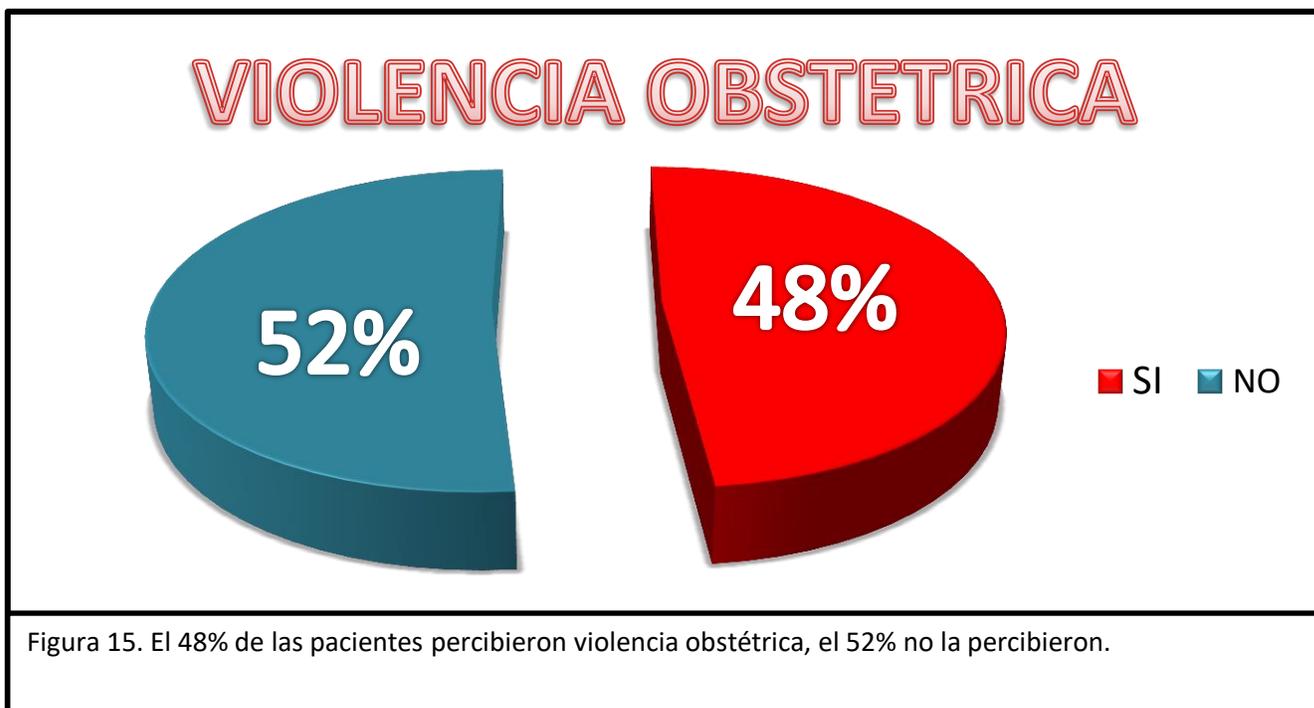


Figura 15. El 48% de las pacientes percibieron violencia obstétrica, el 52% no la percibieron.

FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

Se organizaron las siguientes tablas donde se observan los porcentajes de respuesta de acuerdo a cada ítem de la entrevista, tomando el total de las pacientes censadas, encontrando en la Tabla I, los primeros 4 ítems, donde solo el 2% refirió que el personal hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de su comportamiento, a la pregunta número 2, ¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita, mamita, hijita) como si fueras incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?, el 4% de las pacientes respondieron que sí, mientras que a la pregunta 3. ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto?, El 7% respondió que sí. Por último en la pregunta 4. ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera? Respondió afirmativamente el 8% de las pacientes.

PORCENTAJE DE RESPUESTAS DE ACUERDO A CADA ITEM				
PREGUNTAS	1. ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?	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?	3. ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto?	4. ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?
SI	2%	4%	7%	8%
NO	98%	96%	93%	92%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Tabla I. Los porcentajes fueron calculados de acuerdo al total de pacientes entrevistadas.

FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

En la Tabla II, observamos los resultados de la pregunta 5. ¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?, donde el 28% respondió positivamente, para la pregunta 6. En el momento del parto, ¿te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición? El 9% respondió que sí, obteniendo el mismo porcentaje la pregunta 8. ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?

Mientras que la pregunta 7. ¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades? Tuvo solo un 4% de respuestas positivas, al final de la tabla encontramos el ítem 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.) para el cual las pacientes respondieron afirmativamente en un 7%.

PORCENTAJE DE RESPUESTAS DE ACUERDO A CADA ITEM					
PREGUNTAS	5. ¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	6. En el momento del parto, ¿te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?	7. ¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?	8. ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?	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.)
SI	28%	9%	4%	9%	7%
NO	72%	91%	96%	91%	93%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla II. Los porcentajes fueron calculados de acuerdo al total de pacientes entrevistadas.

FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

Por último en la Tabla III se reportan los últimos 2 Ítems, en la pregunta 10. Después del parto, ¿Sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías “colaborado”)? El 16% de las pacientes respondieron que sí, y en la última pregunta 11. Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura? El 18% respondió afirmativamente.

PORCENTAJE DE RESPUESTAS DE ACUERDO A CADA ÍTEM		
PREGUNTAS	10. Después del parto, ¿Sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías “colaborado”)?	11. Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?
SI	16%	18%
NO	84%	82%
TOTAL	100%	100%

Tabla III. Los porcentajes fueron calculados de acuerdo al total de pacientes entrevistadas.

FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

En el ítem 5 de la entrevista, donde se pregunta si se realizó algún procedimiento médico sin consentimiento o sin explicar por qué era necesario, se describen ciertos procedimientos en donde la paciente podría elegir 1 o más respuestas, por lo que en la Tabla IV se reporta el porcentaje de la frecuencia con que se realizan dichos procedimientos sin consentimiento. Encontrando que en el 1% de las pacientes, se realizó rasurado de genitales sin consentimiento, así mismo en el 6% de las pacientes se les indicó permanecer acostada todo el tiempo sin alguna explicación del por qué era necesario, en el 13% se realizó amniotomía artificial sin consentimiento de la paciente, el enema no se realizó en ninguna paciente.

PORCENTAJE DE RESPUESTAS DE ACUERDO A CADA PROCEDIMIENTO SIN CONSENTIMIENTO				
PROCEDIMIENTOS	Rasurado de genitales	Enema	Indicación de permanecer acostada todo el tiempo	Rotura artificial de bolsa amniótica
SI	1%	0%	6%	13%
NO	99%	100%	94%	87%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Tabla IV. Los porcentajes fueron calculados de acuerdo al total de pacientes entrevistadas.

FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

En la tabla V, se reportan los siguientes procedimientos: Administración de medicamento para “apurar” el parto con un porcentaje de respuestas positivas del 10%, Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas con 9% y compresión del abdomen en el momento de los pujos con 8% de respuestas afirmativas.

PORCENTAJE DE RESPUESTAS DE ACUERDO A CADA PROCEDIMIENTO SIN CONSENTIMIENTO			
PROCEDIMIENTOS	Administración de medicamento para "apurar" el parto	Tactos vaginal reiterados y realizados por diferentes personas	Compresión del abdomen en el momento de los pujos
SI	10%	9%	8%
NO	90%	91%	92%
TOTAL	100%	100%	100%

Tabla V. Los porcentajes fueron calculados de acuerdo al total de pacientes entrevistadas.

FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

En la última tabla se reportan los procedimientos quirúrgicos: episiotomía, cesárea y legrado sin anestesia, con porcentajes de respuestas positivas de 12%, 2% y 0% respectivamente.

PORCENTAJE DE RESPUESTAS DE ACUERDO A CADA PROCEDIMIENTO SIN CONSENTIMIENTO			
PROCEDIMIENTOS	Episiotomía	Cesárea	Legrado sin anestesia
SI	12%	2%	0%
NO	88%	98%	100%
TOTAL	100%	100%	100%

Tabla VI. Los porcentajes fueron calculados de acuerdo al total de pacientes entrevistadas.

FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

Al final de la entrevista se solicitaba a la paciente que identificara al personal por el cual se sintió agredida encontrando los resultados en la Figura 16: reportando que el mayor porcentaje pertenece al médico con un 20%, seguido del personal de enfermería con 11%, y finalmente camillería con 1%, el 19% de las pacientes no pudieron identificar al personal por el que se sintió agredida. Es importante aclarar que la suma de los porcentajes no da el 100% ya que algunas pacientes indicaron sentirse agredidas por más de un tipo de personal.

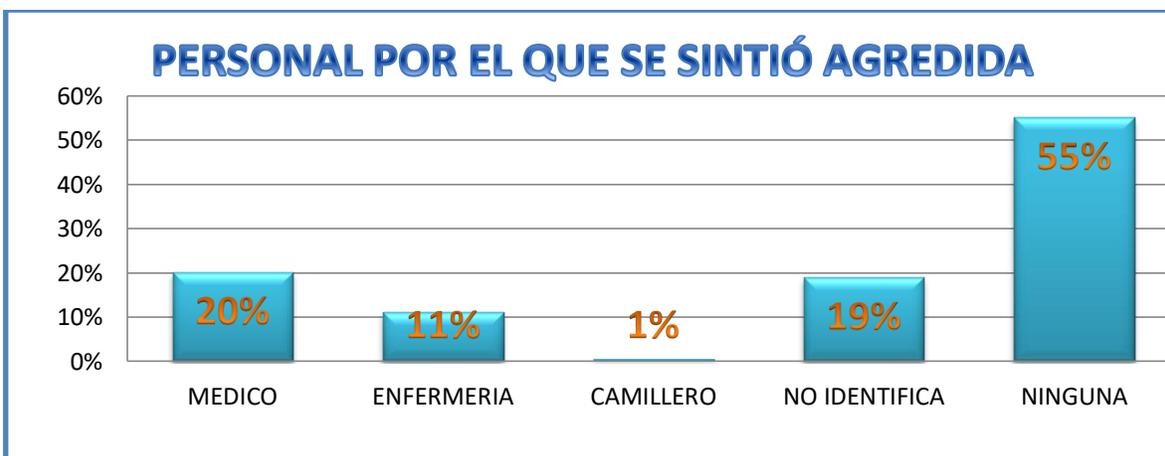


Figura 16. El personal identificado por el cual se sintieron agredidas las pacientes, en su mayoría, fueron médicos con el 20%, posteriormente enfermería con el 11% y un 1% por el camillero, así mismo el 19% de las pacientes no pudieron identificar al personal.

FUENTE: BASE DE DATOS DEL PROYECTO

DISCUSIÓN

De acuerdo a la literatura citada, se ha reportado violencia obstétrica en el país en un 30.5 % siendo la ciudad de México una de las entidades con mayor violencia con 33.2%, Figueroa et al reporta una percepción de violencia obstétrica de 37.7%¹⁵, lo que se asemeja a lo encontrado en este estudio con un 48%. Existen otros estudios que reportan mayor porcentaje del mismo hasta un 97%²⁶, sin embargo es importante mencionar que la mayoría de las pacientes que se atienden en la unidad hospitalaria donde se realizó este estudio no cuentan con seguridad social.

En cuanto a los datos sociodemográficos en este estudio se encontró que la mayoría de las mujeres pertenecían al grupo menores de 25 años (57%), lo que concuerda con lo encontrado por Figueroa et al (81%)¹⁵, así como en Valdez-Santiago et al²⁹, donde el 64% de la muestra correspondía a este grupo etario, a su vez en este estudio se encontró una edad media de 22.53 años, lo que concuerda con lo encontrado también por Figueroa et al, que reporta edad media de 22.5 años¹⁵. En un estudio realizado en Boca del Río, Veracruz²⁶ se encontró mayor registro de violencia obstétrica en pacientes más jóvenes que en pacientes añosas, lo que difiere con lo reportado en este estudio ya que a mayor edad, mayor es la percepción de violencia obstétrica, encontrando que en las pacientes menores de 19 años la percepción es de 42%, de 20 a 24 años se encontró un 52%, de 25 a 29 años el 44%, de 30 a 34 años el 58%, mientras que en las mayores de 35 años es de 67%.

Aunque no se ha descrito una relación entre el estado civil y la percepción de violencia obstétrica, en este estudio se encontró un mayor porcentaje en las pacientes casadas con un 60%, seguido de las pacientes en unión libre con un 49% y finalmente las pacientes solteras con un 37%.

Como ya se ha mencionado previamente en este estudio, las pacientes hablantes de una lengua indígena se considera un grupo vulnerable, sin

embargo no se encontró diferencia significativa entre las pacientes hablantes o no hablantes en cuanto a la percepción de violencia obstétrica, con un 50% y 48% respectivamente.

En relación al nivel de estudios se encontró que a mayor nivel, mayor percepción de violencia obstétrica, en las participantes con nivel de escolaridad primaria se reportó un 44%, en pacientes con secundaria 46%, con bachillerato un 50%, sin embargo con licenciatura se reportó el 67% de percepción, es importante señalar que la única paciente que no contaba con estudios, sí percibió violencia obstétrica durante su estancia, sin embargo no es posible comparar este grupo ya que, como se mencionó, solo cuenta con una integrante.

En el presente estudio se comparó a las pacientes quienes fueron atendidas por vía cesárea y por parto, encontrando que las pacientes que fueron programadas para interrupción vía abdominal percibieron en menor proporción violencia obstétrica con un 37%, a diferencia de las pacientes atendidas por parto quienes percibieron dicha violencia en un 54%.

En contraste con otros autores²⁵, en este estudio se encontró una relación entre el nivel socioeconómico y la percepción de violencia obstétrica ya que las pacientes con menor nivel socioeconómico (Nivel 0) fueron las que menos percibieron dicha violencia, con un 32%, a diferencia de un Nivel 1, donde se encontró que el 48% de las pacientes sí la percibieron, por último las pacientes clasificadas con Nivel socio-económico 2 fueron las que percibieron violencia obstétrica en un 75% de los casos, por lo que se identifica una relación positiva.

De acuerdo a Figuero et al¹⁵, quien aplicó el mismo Test de Violencia obstétrica en su estudio, la pregunta en donde la mayoría de las pacientes respondieron afirmativamente (71.1%), es en el ítem 9, donde menciona que se les impidió estar acompañada por alguien de confianza, en contraste con este estudio

donde el mayor porcentaje se reportó en el ítem 5, sobre los procedimientos sin consentimiento o haberle explicado, con un 28% de respuestas afirmativas.

Finalmente, en relación a los procedimientos realizados sin consentimiento o sin haberle explicado, en este estudio el de mayor frecuencia fue la ruptura artificial de bolsa amniótica (13%) en contraste con Figueroa et al quien reportó mayor frecuencia de episiotomía (46.7%)¹⁵.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En nuestro país la violencia de género es una situación agravante, una de las vertientes es la Violencia Obstétrica, a pesar de que, recientemente, se han implementado medidas legales para disminuir su frecuencia, sigue siendo una entidad presente en las unidades hospitalarias, en parte porque la atención de la paciente obstétrica se ha ido mecanizando y desensibilizando, generando con esto experiencias de partos traumáticos.

Si bien, en este estudio el porcentaje de percepción es cercano al 50%, la cual es una cifra considerablemente alta, hay autores que reportan hasta un 97%²⁶. Por lo que es un problema de salud pública que se debe abordar bajo un modelo con perspectiva de género e interculturalidad como parte del marco normativo que rige los servicios de salud.

Con estos resultados, se muestra que a pesar de los esfuerzos realizados se necesita un abordaje a las áreas que más se han señalado como los principales errores que se cometen al momento de la atención obstétrica, es por esto que el estudio cumple con los objetivos planteados, además de proporcionar una herramienta con la cual se pueda afrontar de una manera más específica este problema. Como se ha reportado en los resultados, el ítem con mayor porcentaje de respuestas positivas es el que habla sobre la realización de ciertos procedimientos sin consentimiento de la paciente o sin explicación de la necesidad de realizarlo, es por esto que se recomienda mejorar la

comunicación médico-paciente, ya que de acuerdo a los resultados del estudio, el médico es principalmente el que es identificado como el personal que agrede a las pacientes, seguido por el personal de enfermería, lo cual tiene lógica tomando en cuenta que ambos son los que se encuentran más estrechamente relacionados con la atención de las pacientes, sin embargo no por esa situación se debe dejar de lado como algo normal dentro de la atención a los pacientes.

Dentro de los resultados reportados, también se encuentra que los procedimientos que con mayor frecuencia se realizan sin consentimiento o sin una explicación previa son: amniotomía en un 13%, seguida de la episiotomía con un 12%, y la conducción del trabajo de parto con el 10%; como sabemos son procedimientos que, aunque no sea elevado, conllevan un riesgo para la paciente y el producto, por lo que se debe explicar ampliamente y como se dijo practicar la comunicación efectiva entre nosotros como personal médico y las pacientes practicando la tolerancia y la empatía por ellas.

Debido a esto, y en base a las recomendaciones establecidas por los organismos a nivel mundial en México se ha visto la necesidad de establecer propuestas para la atención materna y perinatal, donde la atención se brinde (12).

Finalmente, como personal de salud se debe trabajar conjuntamente por el mejoramiento de la calidad en la atención de las pacientes así como más humanizada y profesional que proteja la integridad física y mental de la mujer y su hijo, que a largo plazo, tenga un impacto positivo sobre las tasas de mortalidad materno-infantil en nuestro país, esto se puede lograr a mediante la educación de las usuarias y el personal de salud en materia de derecho y en la comunicación efectiva entre ambas partes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. En: Diario Oficial de la Federación el 1º de Febrero de 2007. Última Reforma Pub. DOF el 20 de enero de 2009; México.
- 2.- Secretaría de Salud, Género y Salud en Cifras, Vol. 16, Núm. 2, Mayo-Agosto 2018
- 3.- República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. GORBV, 2007 Sept. 1738.668.R. Castro, S.
- 4.- Frías, Primer Congreso sobre Violencias de Género contra las Mujeres, Violencia obstétrica en México: resultados de la ENDIREH 2016.
- 5.- Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, Declaración de la OMS, Septiembre 2014
- 6.- Recomendación general No. 31/2017 sobre la violencia obstétrica en el sistema nacional de salud, Diario Oficial de la Federación el 30 de Agosto de 2017.
- 7.- Grupo de Información en Reproducción Elegida, GIRE. Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. GIRE, México. 2013.
- 8.- Código Penal para el Estado libre y soberano de Veracruz. Publicado en la Gaceta Oficial, Órgano interno del gobierno del estado de Veracruz el 7 de Noviembre de 2003. Última Reforma Pub. el 20 de Febrero de 2017; México
- 9.- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de Abril de 2016.

- 10.- Ley General de Salud, artículo 67, Reforma en Diario Oficial de 14 de Junio de 1991.
- 11.- Código Penal Federal, artículo 199 quintus, artículo adicionado mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de Junio de 2012.
- 12.- Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev. Latino- Am. Enfermagem*. 2018;26:e 3069.
- 13.- Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia Obstétrica en México, Comisión ejecutiva de atención a víctimas, publicado el 24 de Febrero de 2017
- 14.- Bellón S, Obstetric Violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for issues?]. Utrecht University, Faculty of Humanities.; 2014. Disponible from: <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/298064>.
- 15.- Figueroa O., Hurtado R., et al, Violencia Obstétrica: Percepción de las usuarias sonorenses, Universidad de Sonora, Enero-Junio 2017
- 16.- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. Manual de procesos y actividades para fortalecer la sensibilización y capacitación del personal de salud, y su implantación en el Sistema Nacional de Salud. México, 2015. [En línea] Disponible en: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/Interculturalidad/GuiaImplantacionModeloParto.pdf> [Consultado: 19/09/15].
- 17.- Gaceta Oficial del Distrito Federal. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, Distrito Federal 29 de enero de 2008, última reforma publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 15 de diciembre de 2014.

18.- NOM-046-SSA2-2005 sobre la “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención” Publicada en el Diario Oficial de la Federación el jueves 16 de abril de 2009.

19.- Cámara de Diputados LXIII Legislatura. Propuesta de reforma a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia del Distrito Federal formulada el 12 de abril de 2016. Gaceta Parlamentaria, año 01, segundo ordinario, número 048.

20.- Erviti J, Castro R e Itzel Sosa. Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México. Estudios Sociológicos, vol. XXIV, núm. 72, septiembrediciembre, 2006, pp. 637-665. El Colegio de México, A.C. Distrito Federal, México.

21.- Villanueva-Egan, LA. (2010) El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. Revista CONAMED. Vol. 15 No 3, 2010.

22.- Ginsburg, F., Rapp, R. Conceiving the New World Order. Berkeley: University of California Press; 1995. Pp3

23.- Olarte S. Achieving the desirable nation: Prenatal testing and abortion in Colombia. The case of amniocentesis. BoxPress: Oisterwijk, NL.2010.

24.- Saade M. ¿Quiénes deben procrear? Los médicos eugenistas bajo el signo social (México, 1931- 1940) Cuicuilco, 2004, vol. 11, núm. 31, mayo-agosto, 2004. Escuela Nacional de Antropología e Historia México.

25.- Rodríguez A y Aguilera L. “La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. el caso de Tenerife” Musas, vol. 2, núm. 2 (2017): 56 - 74.

26.- Índice de Violencia Obstétrica en Hospitales de la Zona Conurbada Veracruz-Boca del Río, Revista Médica Electrónica Portales Médicos. Página web: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/indice-de-violencia-obstetrica/>

27.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas, Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.

28.- VV.AA. Test de violencia obstétrica [en línea]. Argentina: Asociación Civil Dando a Luz y Colectiva Maternidad Libertaria. 2010. [Consulta: 15-04-2016]. Disponible en: <http://dandoaluz.org.ar/pdfs/TestdeViolenciaObstetrica.pdf>

29.- Valdez-Santiago R, E HS, Mojarro-Iñiguez M, Arenas-Monreal L. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. Revista CONAMED. 2013; 18(1): p. 14-20.