

# Violencia obstétrica: percepción de las usuarias

Drs. Pablo Terán\*, Carlos Castellanos\*, Mireya González Blanco\*\*, Damarys Ramos\*

\*Médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología, egresados de la Maternidad "Concepción Palacios" (MCP). \*\* Médico especialista en Obstetricia y Ginecología, Jefa del Servicio de Ginecología, Directora del Curso de Especialización de la Universidad Central de Venezuela en la MCP.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la percepción de las usuarias sobre la atención recibida en relación con prácticas consideradas como violencia obstétrica.

**Métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo, exploratorio, de corte transversal por medio de una encuesta anónima a 425 puérperas atendidas en la Maternidad "Concepción Palacios" entre mayo y agosto de 2011, sobre aspectos relativos a violencia obstétrica.

**Resultados:** El 66,8 % manifestó la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado, 49,4 % fue objeto de algún tipo de trato deshumanizante, solo 20,5 % percibió trato no violento. Entre los reportes de trato deshumanizante predominó el obstaculizar el apego precoz (23,8 %). El trato deshumanizante fue percibido con más frecuencia por las gestantes tardías y las adolescentes ( $P < 0,0001$ ). Los principales perpetradores señalados son las enfermeras y los médicos. Entre los procedimientos sin consentimiento el más frecuentemente reportado fue la realización de múltiples tactos (37,2 %) y la administración de oxitócicos (31,3 %). Este tipo de violencia fue percibido con más frecuencia por las adolescentes ( $P < 0,0002$ ). A más alto nivel de educación se observó menor percepción de violencia ( $P < 0,0059$ ). Una de cada 4 usuarias conoce el término violencia obstétrica, y 1 de cada 5 sabe donde denunciarla. Solo 12 % recibió información sobre el consentimiento informado y 17 % firmó un formulario.

**Conclusiones:** Existe una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica dada por la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y trato deshumanizante por parte del personal de salud. No se aplica de manera sistemática la obtención del consentimiento informado.

**Palabras clave:** Violencia obstétrica. Consentimiento Informado, Derechos Reproductivos, Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia

## SUMMARY

**Objective:** To evaluate the perception of the users on the attention received in relation to considered practices obstetric violence.

**Method:** Prospective, descriptive, exploratory, transverse- court study by means of an anonymous opinion poll to 425 women in postpartum period attended in Concepción Palacios Maternity between May and August 2011, on relative aspects to obstetric violence.

**Results:** 66.8 % manifested the realization of medical procedures without informed consent, 49.4 % it was some kind of dehumanizing deal's object, only 20.5 % perceived deal I do not force. The reports of dehumanizing deal predominated to obstruct the precocious attachment (23.8 %). The dehumanizing deal was perceived with more frequency by the overdue pregnant and teens ( $P 0.0001$ ). The principal marked perpetrators are nurses and doctors. In the procedures without consent the more frequently reported was the realization of multiple vaginal touches (37.2 % ) and oxytocin administration (31.3 % ). This type of violence was perceived with more frequency by the teens ( $P 0.0002$ ). Minor perception of violence was observed to higher level of education ( $P 0.0059$ ). One out of every 4 users knows the term obstetric violence, and 1 out of every 5 knows where to denounce her. Only 12 % received information on the informed consent and 17 % signed a fill-out form.

**Conclusions:** There is an elevated perception of violence in the obstetric attention given the realization of medical procedures without informed consent and dehumanizing deal for part of the staff of health. The obtaining of the informed consent is not applicable of systematic way.

**Key words:** Obstetric violence. Informed Consent. Reproductive rights. Constitutional Law on the Right of the Women to a Free Life of Violence.

## INTRODUCCIÓN

La publicación en gaceta oficial en el año 2007 del instrumento jurídico denominado “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” pone sobre el tapete la discusión sobre los derechos de la mujer, esta novedosa legislación detalla 19 tipos de violencia y establece sanciones a quienes las perpetren, una de estas categorías la constituye la violencia obstétrica, directamente relacionada con el acto médico durante el trabajo de parto. Es imperativo que el personal de salud que labora en estas áreas comprenda los alcances de esta norma, las obligaciones que debe cumplir y las posibles penalidades en caso de infringirla, de igual manera las usuarias deben tener el conocimiento para hacer valer los derechos consagrados en ella y los lugares donde interponer las respectivas denuncias. A pesar de la enorme difusión sobre el espíritu de la ley existen dudas generales que perturban su correcta aplicación y no se conocen estadísticas oficiales que evalúen el impacto en la atención posterior a su puesta en vigencia.

La violencia contra la mujer constituye un problema de Estado, puesto que es la trasgresión más frecuente de los derechos humanos, y se constituye en un problema de salud pública que genera altos costos tanto económicos como sociales.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) (1) y la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belem Do Para, 1994) (2) dan un marco legal para que los países legislen sobre la materia. En Venezuela, en 1998, se sancionó la Ley Sobre la Violencia Contra la Mujer y la Familia (3). Posteriormente, al aprobarse en 1999 la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela hubo colisión con la ley y esta tuvo problemas para aplicarse completamente. De esta situación se derivó un aumento de la impunidad de los perpetradores de violencia, por lo que fue necesario elaborar una nueva ley la cual, después de múltiples debates, fue sancionada como “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” (4). Esta fue aprobada en parlamentarismo de calle el 25 de noviembre de 2006, fecha correspondiente a la conmemoración del Día Internacional contra la Violencia de Género y apareció publicada en la Gaceta Oficial Número 38.647 (5) del día 19 de marzo de 2007. Esta ley deroga la de 1998 y tipifica 19 tipos de violencia, entre ellas destaca el novedoso concepto de violencia obstétrica, donde queda establecido un

marco jurídico que delimita la atención obstétrica dentro de una perspectiva de género en la búsqueda de procesos más humanizados.

La ley ha causado grandes expectativas y dudas entre los gineco-obstetras, en particular el articulado referido a violencia obstétrica, la ley la define, establece los delitos relacionados con la misma y las penas a aplicar, pero persiste el clima de desinformación tanto en los prestadores de servicio como en las usuarias, motivo por el cual se propone la realización de este estudio como una forma de contribuir a la mejora de la atención obstétrica.

Debido al particular enfoque de la norma jurídica y el impacto que esta pudiera tener sobre la mejora en la atención obstétrica, en virtud de no existir estadísticas disponibles en el ámbito nacional sobre la incidencia de violencia obstétrica ni del nivel de conocimiento de las usuarias sobre la ley o la percepción de estas sobre el tipo de atención recibida se consideró de importancia la observación y cuantificación de este fenómeno a los fines de evaluar los procedimientos obstétricos y hacerlos más cónsonos con la mejor atención que pretende la normativa legal vigente.

Desde el momento de la entrada en vigencia de la nueva norma jurídica, se ha intentado establecer mecanismos para su difusión y aplicación tanto en el ámbito público y privado. Se cuenta en primera instancia con el trabajo articulado de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela y entes gubernamentales como la Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana, el Instituto Metropolitano de la Mujer, el Instituto Nacional de la Mujer y organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro, materializados en jornadas informativas realizadas en la sede de la Sociedad y cuyo resumen fue publicado en su órgano divulgativo en 2007 (6) siendo tema de discusión en todos los eventos nacionales organizados por la Sociedad hasta la fecha. Paralelamente varios activistas pro derechos de la mujer han realizado la valoración del impacto de esta normativa mediante el análisis de casos en localidades específicas. Así tenemos la iniciativa de Urbaneja (7) quien realiza y publica el “Estudio de Violencia Obstétrica en la Sala de Obstetricia del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá” en Cumaná, Estado Sucre en 2010. También durante este año Camacaro (8) publica una revisión de casos agrupada dentro de una completa disertación sobre el tema denominada “La Obstetricia Develada” en la Universidad de Carabobo.

En fecha reciente, Faneite y col. (9) publicaron un estudio relacionado al grado de conocimiento por parte del personal de salud sobre violencia

obstétrica. A pesar de haber transcurrido 6 años desde la publicación de la ley en gaceta oficial, no existen estadísticas oficiales que permitan cuantificar este tipo de violencia.

Los esfuerzos por legislar a favor de los derechos de la mujer se remontan a la declaración de los derechos humanos de la mujer y la ciudadana, propuesta por Olympe de Gouges en el marco de la revolución francesa en 1791, sin lograr ser tomada en cuenta y por el contrario decidiendo su suerte en la guillotina por sus posiciones.

Hasta hace unas décadas se creía, desde una perspectiva generalista, que el maltrato a las mujeres era una forma más de violencia, con un añadido de excepcionalidad y con una causa posible en una patología del agresor o de la víctima. Tras siglos de oscurantismo en este tema es a finales del siglo XX cuando en la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1) (1979) y en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2) (Convención Belem De Pará) (1994) conjuntamente con la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (10) (1993) y la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres (11), celebrada en Beijing en 1995, se reconoce que la violencia contra las mujeres es un obstáculo para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz.

En América Latina diversos países han aprobado leyes o artículos de reforma a sus respectivos Códigos Penales para sancionar la violencia contra las mujeres: Bolivia, Colombia, Perú, México y Venezuela (1998); Nicaragua (1996); Panamá (1995); Paraguay, Las Bahamas y República Dominicana (1997).

La "Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia" (4) establece 19 formas de violencia que constituyen delito en el Artículo 15. Se consideran formas de violencia de género en contra de las mujeres, las siguientes:

1. Violencia psicológica: es toda conducta que por hacerse o dejarse de hacer vaya en deshonra, descrédito o menosprecio de la mujer. Tratos humillantes y vejatorios, vigilancia constante, celos enfermizos, comparaciones destructivas, amenazas, perjudicar o perturbar su sano desarrollo, disminuir su autoestima, causarle depresión y que incluso la puedan llevar al suicidio.
2. Acoso u hostigamiento: conductas abusivas, comportamientos, palabras, gestos, escritos o mensajes, persecuciones, intimidar, chantajear, apremiar, importunar, atentando contra su estabilidad emocional, dignidad, prestigio. Poner en peligro su empleo.
3. Amenaza: es el anuncio verbal o con acciones, de un daño físico, psicológico, sexual, laboral o patrimonial con el fin de asustar a la mujer, tanto en su ambiente doméstico como fuera de él.
4. Violencia física: es el daño o sufrimiento material causado a la mujer, tales como golpes, lesiones internas o externas, heridas, hematomas, quemaduras o cualquier otro maltrato que la dañe físicamente.
5. Violencia doméstica: es el maltrato que le produce a una mujer su esposo o concubino, o ex (de los dos), pareja, o persona con quien haya compartido una relación afectiva, ascendientes, descendientes, parientes de cualquier tipo.
6. Violencia sexual: es toda conducta que vaya en contra de la voluntad de la mujer a tener relaciones sexuales, genital o no genital, tales como actos lascivos, acceso carnal violento, o simplemente violación.
7. Acceso carnal violento: es cuando el hombre obliga a la esposa o concubina, o que haga vida marital, pareja, o mantenga relación estable de hecho o no, a un acto carnal por vía vaginal, anal u oral, o introduzca objetos de cualquier clase, por alguna de estas vías.
8. Prostitución forzada: es obligar a una mujer al acto sexual causándole temor, presión psicológica o abuso de poder, esperando obtener o haber obtenido beneficios materiales o de otro tipo.
9. Esclavitud sexual: es la privación ilegítima de libertad de la mujer, para su venta, compra, préstamo o trueque (cambio), con la obligación de tener uno o más actos sexuales.
10. Acoso sexual: es la solicitud de cualquier acto o comportamiento sexual para si o para un tercero, o procurar cualquier tipo de acercamiento no deseado que realice un hombre prevaliéndose de una situación de superioridad laboral, docente o análoga, o con ocasión del ejercicio profesional con chantaje de causarle un daño que parezca legítimo en la relación que mantengan.
11. Violencia laboral: se trata de la discriminación hacia la mujer en los centros de trabajo tanto públicos como privados, que no le permitan acceder al empleo, ascenso o estabilidad del mismo.
12. Violencia patrimonial y económica: es toda conducta activa u omisiva que directa o indirectamente, en los ámbitos público y privado, esté dirigida a ocasionar un daño a los bienes muebles o inmuebles de la mujer en menoscabo de

- su patrimonio, o a los bienes comunes, así como la perturbación a la posesión o a la propiedad de sus bienes, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades; limitaciones económicas encaminadas a controlar sus ingresos, o la privación de los medios económicos indispensables para vivir.
13. **Violencia obstétrica:** consiste en la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que traigan pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.
14. **Esterilización forzada:** es el realizar o causar intencionalmente a la mujer, sin brindarle la debida información y sin justificación, un tratamiento médico o quirúrgico que de como resultado la privación de su capacidad biológica y reproductiva.
15. **Violencia mediática:** es la exposición a través de cualquier medio de difusión, de la mujer, niña o adolescente, que de manera directa o indirecta explote, discrimine, deshonre, humille o que atente contra su dignidad con fines económicos, sociales o de dominación.
16. **Violencia institucional:** es lo que hacen o dejan de hacer las autoridades, funcionarios (as), profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano o ente público, que contrariamente al debido ejercicio de sus atribuciones, retarden, obstaculicen o impidan que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos que establece esta ley, para asegurarles una vida tranquila, justa y libre de violencia.
17. **Violencia simbólica:** son mensajes, valores, iconos, signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre las personas y naturalizan la subordinación de la mujer en la sociedad.
18. **Tráfico de mujeres, niñas y adolescentes:** son todos los actos que implican reclutamiento o transporte dentro o entre fronteras, empleando engaños, o la fuerza, con el fin de conseguir un beneficio económico, o cualquier otro beneficio de tipo material fuera de la ley.
19. **Trata de mujeres, niñas y adolescentes:** es la captación o recepción, con transporte o no de mujeres, niñas y adolescentes, bajo amenaza, fuerza, raptó, fraude, engaño, abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre mujeres, niñas o adolescentes, con fines de explotación, tales como prostitución, explotación sexual, trabajos o servicios forzados, la esclavitud o prácticas análogas a la esclavitud, o la extracción de órganos (4).
- Algunos artículos de la mencionada ley de gran importancia a los fines de documentar la violencia obstétrica son los siguientes:
- Artículo 35. - A los fines de acreditar el estado físico de la mujer víctima de violencia, esta podrá presentar un certificado médico expedido por profesionales de la salud que presten servicios en cualquier institución pública. De no ser posible, el certificado médico podrá ser expedido por una institución privada; en ambos casos, el mismo deberá ser conformado por un experto o una experta forense previa solicitud del Ministerio Público (4).
- Artículo 51. - Se consideran actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud consistentes en:
1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
  2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
  3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña a su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
  4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
  5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines, del procedimiento disciplinario que corresponda (4).
- Artículo 52.- Quien intencionalmente prive a la

mujer de su capacidad reproductiva, sin brindarle la debida información, ni obtener su consentimiento expreso, voluntario e informado, no existiendo razón médica o quirúrgica debidamente comprobada que lo justifique, será sancionado o sancionada con pena de prisión de 2 a 5 años.

El tribunal sentenciador remitirá copia de la decisión condenatoria definitivamente firme al colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda (4).

Los aspectos relacionados con la violencia obstétrica se difundieron con rapidez entre los médicos, generando muchas dudas entre los ginecólogas obstetras.

Muchos argumentaron que esta ley le permite a las pacientes hacer peticiones sin fundamento, relacionadas con la vía del parto o negarse a determinados procedimientos interfiriendo de esta forma la adecuada ejecución de su trabajo y el Estado, en lugar de crear una ley que los sancione por ejercer su profesión, debería realizar mejoras sustanciales en los hospitales que garanticen una óptima atención a las embarazadas (12).

Con anterioridad a la aparición de estas propuestas legislativas en el continente, donde vale destacar que Venezuela es el primer país en promulgar una ley de este tipo, ministerios de salud, agrupaciones gremiales y sociedades científicas en la búsqueda de mejoras en los estándares de atención obstétrica participaron en la elaboración de normas y consensos tratando de optimizar el protocolo de atención en salas de parto, enfocados en la doctrina de parto humanizado y reduciendo la medicalización. En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud pública en varios idiomas el manual IMPAC (Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, por sus siglas en inglés) (13), que aborda el manejo integrado del embarazo y el parto, orientado a una mejor capacitación del personal de salud mediante la utilización de guías y estándares adaptados a los usos locales para el manejo del embarazo y el parto en los diferentes niveles del sistema de atención de salud.

En Venezuela, se elabora en el año 2003, bajo la tutela del entonces, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, la "Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva" (NSSR) (14) el cual se constituye en la pauta de actuación vigente hasta la fecha, aportando directrices precisas para el manejo integral del trabajo de parto.

Desde 2004 el Fondo de Población de las Naciones Unidas auspicia y elabora normas técnicas para la atención del parto vertical en Latinoamérica (15). La

Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología publica en 2006 "Recomendaciones sobre temas de ética en Ginecología y Obstetricia" donde se plantean directrices relativas al consentimiento informado y se define como: "el consentimiento informado es el que se obtiene con libre albedrío, sin amenazas ni incitaciones, tras revelar debidamente a la paciente una información adecuada y comprensible y con un lenguaje que ella entienda acerca de: a) La estimación del diagnóstico, b) El objeto, método, duración probable y ventajas que puedan esperarse del tratamiento que se propone, c) Otras formas de tratamiento, incluidas las que sean menos intrusivas, los posibles dolores o incomodidades, riesgos y efectos secundarios del tratamiento propuesto" (16). Uzcátegui y Toro

(17) publican en 2008, en la revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela un editorial con amplia información sobre consentimiento informado y su soporte legal establecido tanto en la Constitución Nacional (18) como el Código de Deontología Médica (19). Si bien la mencionada ley introduce penalidades sobre faltas, en la práctica la mayoría de ellas pueden evitarse si se observan las pautas de atención establecidas y la obtención oportuna del documento de consentimiento informado.

El propósito de este estudio fue evaluar la percepción sobre la atención obstétrica recibida durante el proceso de parto en relación con violencia obstétrica, en un grupo de usuarias que se encontraban en puerperio.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, exploratorio, de corte transversal que incluyó 425 usuarias ingresadas en los Servicios de Puerperio de la Maternidad "Concepción Palacios". Se excluyeron aquellas cuya atención obstétrica se realizó en otra institución y quienes presentaran dificultades para el correcto uso del instrumento de evaluación.

Las usuarias fueron abordadas por uno de los autores y previo a la firma del consentimiento informado, se les entregó un cuestionario con una serie de preguntas relacionadas con la atención recibida en la institución. Dicho cuestionario fue contestado directamente por la usuaria en forma anónima y almacenado para su posterior procesamiento estadístico. Los datos obtenidos fueron descritos mediante frecuencias absolutas, porcentajes, media y desviación estándar muestral. Para los cuadros de contingencia se utilizó el Chi cuadrado, con un

nivel de significancia de 95 % y una  $P < 0,05$ . El procesamiento de los datos se realizó con el programa estadístico MedCalc® versión 11.3.0.0.

## RESULTADOS

El promedio de edad de las usuarias fue de 23,82 años con una desviación estándar de 6,50 años. El mínimo de edad fue 15 años y el máximo 42 años. La distribución por grupos etarios aparece en el Cuadro 1.

De las 425 usuarias entrevistadas 249 (58,6 %) se encontraban en puerperio de parto simple, 9 (2,1 %) de parto instrumental y 167 (39,3 %) de cesárea segmentaria.

Doce usuarias (2,8 %) señalaron que no poseían ningún nivel de estudios, 65 (15,3 %) habían cursado estudios de nivel básico, 291 (68,5 %) nivel medio, 20 (4,7 %) cursaron estudios de técnico superior y 37 (8,7 %) eran universitarias.

Doscientas diez usuarias (49,4 %) manifestaron algún tipo de trato deshumanizante de parte del personal de salud, y 284 (66,8 %) afirmaron que se les practicaron actos médicos sin consentimiento,

156 pacientes (36,7 %) percibieron ambos tipos de violencia y 87 pacientes (20,5 %) no reportaron ningún tipo de práctica violenta durante su atención.

En relación al tipo de trato deshumanizante, 101 pacientes (23,8 % de la muestra total) refirieron que se les impidió el contacto con sus recién nacidos. Noventa y dos (21,6 %) recibieron críticas por llorar o gritar durante el trabajo de parto, y 83 (19,5 %) sintieron imposibilidad de manifestar sus miedos o inquietudes (Cuadro 2).

La frecuencia de trato deshumanizante de acuerdo a grupos etarios fue: cincuenta y siete por ciento de las mujeres 15 y 19 años (69 de 121), 42,3 % de las que tenían entre 20 y 34 años (116 de 274) y 83,3 de las mujeres entre 35 y 42 años (25 de 30) ( $P < 0,0001$ ). Se relacionó la percepción de acuerdo a nivel educativo (Cuadro 3), 49,8 % de las 291 cursantes de secundaria percibieron trato deshumanizante. El mayor porcentaje de percepción de trato deshumanizante se asoció a las pacientes sometidas a cesárea (54,5 %). (Cuadro 4).

Para relacionar el tipo de trato deshumanizante con el perpetrador, los mismos se identificaron de la siguiente forma: (A) comentarios irónicos, descalificadores, chistes; (B) sobrenombres, diminutivos; (C) críticas por llorar o gritar; (D) imposibilidad para manifestar miedos o inquietudes. El Cuadro 5 presenta esta relación. Se observa que para todos los casos, la enfermera fue percibida como la causante con mayor frecuencia. En segundo lugar fue considerado responsable el médico.

En relación al tipo de procedimiento realizado sin consentimiento, 158 mujeres de las 425 encuestadas (37,2 %) reportaron la realización de tactos vaginales reiterados, 133 puérperas (31,3 %) describieron la administración de medicamentos para acelerar el parto y 106 (24,9 %) señalaron que fueron

Cuadro 1  
Distribución de las usuarias según grupos etarios

Grupo etario	N	%
15-19 años	121	28,5
20-34 años	274	64,5
35-42 años	30	7,1
Total	425	100

Media  $\pm$  DE: 23,82  $\pm$  6,5 años  
Extremos: 15 – 42 años

Cuadro 2  
Distribución de las usuarias según el tipo de trato deshumanizante descrito

Trato deshumanizante	N = 425	%
Comentarios irónicos, descalificadores, chistes	65	15,3
Sobrenombres, diminutivos	44	10,4
Críticas por llorar o gritar	92	21,6
Imposibilidad para manifestar miedos o inquietudes	83	19,5
Impedir cambios de posición	49	11,5
Orden de no deambular	67	15,8
Impedir contacto con el recién nacido	101	23,8

## VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Cuadro 3

Distribución de las usuarias que percibieron trato deshumanizante según el nivel educativo

Nivel educativo	Trato de deshumanizante	
	N	%
Sin estudio (N=12)	4	33,3
Primaria (N=65)	29	44,6
Secundaria (N=291)	145	49,8
Técnico Superior (N=20)	12	60,0
Universitaria (N=37)	20	54,1

$$\chi^2 = 3,075$$

$$P = 0,5453$$

Cuadro 4

Distribución de las usuarias que percibieron trato deshumanizante según el tipo de atención obstétrica

Tipo de atención obstétrica	Trato de deshumanizante	
	N	%
Parto simple (N=249)	115	46,2
Instrumental (N=9)	4	44,4
Cesárea (N=167)	91	54,5

$$\chi^2 = 2,850$$

$$P = 0,2405$$

Cuadro 5

Distribución de las usuarias según el perpetrador

Perpetrador	Tipo de trato de deshumanizante N (%)			
	A	B	C	D
	N = 65	N = 44	N = 92	N = 83
Médico	31 (47,6)	14 (31,8)	41 (44,6)	44 (53,0)
Enfermera	46 (70,8)	31 (70,5)	55 (59,8)	56 (67,5)
Camarera	9 (13,8)	5 (11,4)	19 (20,7)	5 (6,0)
Camillero	9 (13,8)	9 (20,5)	5 (5,4)	13 (15,7)
Portero	5 (7,6)	5 (11,4)	5 (5,4)	9 (10,8)

Cuadro 6

Distribución de las usuarias según el tipo de procedimiento realizado sin consentimiento

Procedimiento	N=425	
	N	%
Rasurado	8	1,9
Enema	8	1,9
Decúbito dorsal obligatorio	106	24,9
Amniotomía	83	19,5
Administración de oxitócicos	133	31,3
Tactos vaginales reiterados	158	37,2
Maniobra de Kristeller	67	15,8
Episiotomía	85	20,0
Cesárea	100	23,5
Revisión uterina sin anestesia	60	14,1

obligadas a permanecer en decúbito dorsal. Todos los procedimientos realizados sin consentimiento, según la percepción de la usuaria, se distribuyen en el Cuadro 6.

Hubo una mayor percepción de la realización de procedimientos sin consentimiento en el grupo etario de 15 a 19 años, con 98 de 121 pacientes (81 %), seguidas del grupo de 35 a 42 años, donde fue referido por 22 de 30 pacientes (73,3 %); finalmente, entre las 274 mujeres de 20-34 años, 164 (59,9 %) percibieron este tipo de violencia (P=0,0002).

La percepción también fue mayor en el grupo de mujeres sin estudios (100 %) (Cuadro 7) y asociado al parto simple (172 de 249 pacientes de ese grupo). (Cuadro 8).

Cincuenta y cuatro usuarias (12,7 %) recibieron explicación sobre el consentimiento informado y 73 (17,2 %) dicen haber firmado un formulario. Hubo 116 mujeres (27,3 %) que dijeron conocer el término violencia obstétrica y 82 (19,3 %) saben donde denunciar.

Cuadro 7

Distribución de las usuarias que fueron sometidas a procedimientos sin consentimiento según el nivel educativo

Nivel educativo	Procedimientos sin consentimiento	
	N	%
Sin estudio (N=12)	12	100,0
Primaria (N=65)	44	67,7
Secundaria (N=291)	199	68,4
Técnico superior (N=20)	8	40,0
Universitaria (N=37)	21	56,8

$$\chi^2 = 14,482$$

$$P = 0,0059$$

### DISCUSIÓN

La violencia obstétrica como práctica no deseada para nuestro sistema de salud se encuentra definida en

el marco de la Ley Orgánica para el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LODMVLV) (4) y están claramente delimitadas las prácticas consideradas como delitos específicos en el artículo 51. No existe a la fecha alguna estadística oficial que cuantifique su ocurrencia y existe confusión sobre la interpretación tanto en el personal de salud como en las usuarias del servicio.

Durante el desarrollo de la investigación se pudo observar que las principales transgresiones a la norma ocurren primordialmente en dos grandes conjuntos que, para efectos de esta investigación, se han denominado trato deshumanizante y realización de actos médicos sin consentimiento informado. Los datos obtenidos permiten afirmar que este último agrupa el mayor número de prácticas violatorias de la ley, sobre todo si se parte del hecho que no se realiza de manera rutinaria la obtención del consentimiento verdaderamente informado, entrando directamente en conflicto con los numerales 2, 4 y 5 del artículo 51.

Las prácticas vinculadas al trato deshumanizante están más relacionadas con los numerales 1 y 3. No existe una estadística de frecuencia con la cual comparar estas cifras pero sin duda 66,8 % para actos médicos sin consentimiento y 49,4 % para trato deshumanizante, representan porcentajes elevados en la percepción de la usuaria, considerando como deseables cifras más bajas o incluso 0. Además, solo un 20,5 % reportó atención libre de violencia.

Las prácticas detalladas en el ámbito de trato deshumanizante más prevalentes fueron: obstaculizar el apego precoz lo cual reportan casi 1 de cada 4 usuarias, pero deben considerarse como variables situaciones particulares como la cesárea o la necesidad de atención inmediata por neonatología, posterior al parto. Las críticas por llorar o gritar durante el parto (21,6 %), la imposibilidad de preguntar, manifestar miedos o inquietudes (19,5 %) y las burlas, comentarios irónicos y descalificadores referidos por un 15,3 % de usuarias, reflejan la baja sensibilidad del personal, lo cual debe mejorarse mediante la formación para el parto humanizado.

La orden de no deambular si bien es considerada específicamente como un acto de violencia obstétrica, debe hacerse la salvedad que esto ocurre debido a que no existen salas de parto acondicionadas para otras modalidades de atención.

Entre las pacientes que percibieron trato deshumanizante, la mayor frecuencia estaba entre 20 y 34 años. Sin embargo, cuando consideramos el total de cada grupo de edad, observamos que fueron 116 de 274 mujeres de 20 a 34 años, lo que representa el

42,3 %. Entre las adolescentes, la proporción fue de 69 de 121 mujeres, para un porcentaje de 57 %. Es posible que algunas adolescentes consideren estos maltratos como “normales”, por inexperiencia, o también podrían sentir temor a expresar su percepción al responder la encuesta. Por otro lado, las gestantes tardías que percibieron este tipo de maltrato fueron 25 de 30 mujeres entre 35 y 42 años (83,3 % del grupo) Este predominio fue altamente significativo ( $P < 0,0001$ ). Hay que considerar que ambos grupos etarios son particularmente vulnerables a esta situación en particular.

Aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas, se aprecia una tendencia a percibir el trato deshumanizante con mayor frecuencia en las mujeres de mayor nivel educativo, quizá porque ellas posean un mayor conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, lo que favorece su empoderamiento, es decir, adquieren mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud.

En cuanto a las personas que las usuarias identifican como principales perpetradores del trato deshumanizado, tenemos al personal de enfermería, hasta en 70 % de los casos. En segundo lugar es el personal médico el señalado. El resto del personal participa en proporciones muy bajas. Uzcátegui y Toro (17) señalan en 2008, que el profesional de enfermería tiene como función ayudar al paciente a comprender la información que se le suministra acerca de su problema de salud y las posibles medidas terapéuticas necesarias y requeridas en su caso particular. Debe recordar que la información debe ser y será una de las prioridades de la atención.

Desde el momento de la entrada en vigencia de la LODMVLV ha sido el obstetra el principal señalado, sin embargo, entra aquí el concepto de personal de salud. Todo aquél involucrado en la atención de una paciente, desde su ingreso a la institución puede cometer actos tipificados como violencia obstétrica.

Los actos médicos sin consentimiento informado fueron reportados por el 66,8 % de las usuarias, el principal de ellos fue la realización de tactos vaginales reiterados por múltiples examinadores 37,2 %. El manual de procedimientos de la norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva (NSSR) (14) establece que el tacto vaginal debe realizarse cada 4 horas durante el período de dilatación hasta los 5 cm, a partir de allí cada 2 horas según la evolución y trasladar a sala de parto con dilatación completa a primigestas y con 7 centímetros a multíparas. Resulta difícil establecer un número de tactos “ideal” y lograr incomodar lo menos posible a



la usuaria, sobre todo en hospitales donde se realiza docencia de pre y posgrado. Según el protocolo de la Maternidad Rafael Calvo de la ciudad de Cartagena, en Colombia, se procura que las evaluaciones no superen los cinco tactos por paciente (20).

El segundo reporte en frecuencia corresponde a la administración de oxitócicos (31,3 % de las 425 pacientes) lo cual constituye clara violación al numeral 4 del artículo 51. Este aspecto ha generado gran incomodidad entre los especialistas, por cuanto los oxitócicos pueden ser de gran ayuda en la atención del trabajo de parto. Es muy importante tomar en cuenta que el artículo no se refiere al uso del fármaco en sí mismo, sino a su aplicación sin consentimiento. El decúbito dorsal obligatorio fue referido por casi 25 % de las pacientes y 23,5 % percibieron la cesárea como violencia. El obstetra debe tomarse unos minutos para informar a la paciente sobre la eventual necesidad de su uso, solicitando la firma del consentimiento informado.

La aplicación de procedimientos médicos sin consentimiento fue superior en los grupos de adolescentes y gestantes tardías. Aunque el grupo que menos reportó estos procedimientos fueron aquellas entre 20 y 34 años, sin embargo, la frecuencia de 60 %, en ningún modo es despreciable.

A mayor nivel educativo, observamos menor frecuencia de percepción de la práctica de procedimientos sin consentimiento. Es probable que al tratar con pacientes de mayor preparación, el personal médico se sienta más cómodo explicando los procedimientos, mientras que al tratar con pacientes de bajo grado de instrucción, erróneamente toma una actitud paternalista en la que decide por la paciente sin considerar su opinión. Actitudes como esta deben ser evitadas a toda costa. Debemos insistir en la necesidad de explicar, en términos sencillos, pero basados en la evidencia, todos los aspectos relacionados con la atención de cada paciente en particular, independientemente de su edad, condición social, grado de instrucción o tipo de atención.

En este orden de ideas llama la atención que solo 13 % de las mujeres recibió información sobre el formulario de consentimiento informado y 17 % firmó algún formato de este tipo. Es importante destacar que los formularios existen en la institución pero, sin embargo, no se aplican en forma rutinaria. De hecho, los pocos formularios que se firman corresponden al consentimiento informado que se realiza para exención de responsabilidad en caso de ingresos con embarazos pretérmino por no contar con terapia neonatal en la institución.

El 27 % conoce el término violencia obstétrica y solo 19 % sabe donde denunciarla. A pesar de la alta proporción de prácticas obstétricas penalizadas en la normativa legal vigente, las cuales son susceptibles de denuncia, la mayoría de las usuarias desconoce sus derechos y como ejercerlos. A 6 años de la puesta en marcha de la ley solo un pequeño grupo de mujeres posee la información que le permita empoderarse en su salud sexual y reproductiva. Es necesario difundir los contenidos de la ley para garantizar que se cumplan los fines establecidos en el artículo 2 de la misma, porque si no se hace cumplir la ley, se perpetúa el ciclo de la impunidad.

De todo lo antes expuesto se puede concluir que existe una elevada prevalencia de prácticas obstétricas consideradas legalmente como violentas, el principal tipo de violencia percibido por la usuaria es la realización de actos médicos sin consentimiento, seguidos del trato deshumanizante por parte del personal de salud, el personal de enfermería es usualmente identificado como principal perpetrador de violencia obstétrica, seguido por el personal médico y hay escasa información en las mujeres en relación con la violencia obstétrica, y los sitios donde denunciar.

Se recomienda la implementación y aplicación de los formatos de consentimiento informado para todos los procedimientos de sala de partos. Asimismo, deben desarrollarse y aplicarse protocolos de atención basados en la doctrina de parto humanizado.

### AGRADECIMIENTOS

A la Dirección de Investigación del Ministerio del Popular para la Salud a través del Concurso Nacional para Trabajos Especiales de Grado quienes dieron un aporte económico para facilitar el desarrollo de la presente investigación.

### REFERENCIAS

1. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm> . Revisado marzo 2011.
2. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Belem Do Para, 1994. Marzo 2011 Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar\\_insumos\\_ConvencionBelem.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_ConvencionBelem.pdf) .
3. Ley Sobre la Violencia Contra la Mujer y la Familia, Congreso de la Republica de Venezuela, 1998. Marzo 2011 Disponible en: [http://www.ventanalegal.com/leyes/ley\\_sobre\\_violencia\\_contra\\_mujer\\_familia.html](http://www.ventanalegal.com/leyes/ley_sobre_violencia_contra_mujer_familia.html)
4. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida

- libre de violencia, Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2006. Disponible en: [http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley\\_mujer.pdf](http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf) Revisado marzo 2011
5. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. N° 38.647. 19 de marzo 2007.
  6. Toro Merlo J, Zapata L. Reseña de las Jornadas: El gineco-obstetra ante la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007;67:213-214.
  7. Urbaneja L. Estudio de Violencia Obstétrica en la Sala de Obstetricia del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Imprenta del Estado Sucre; 2010.
  8. Camacaro M. La obstetricia develada: Otra mirada desde el género. Dirección de medios y publicaciones. Universidad de Carabobo; 2010.
  9. Faneite J, Feo A, Toro J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Rev Obstet Ginecol Venez. 2012;72(1):4-12.
  10. Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993. Marzo 2011. Disponible en: [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(symbol\)/a.res.48.104.sp](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(symbol)/a.res.48.104.sp).
  11. IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres. Asamblea General de las Naciones Unidas, Beijing, 1995. Marzo 2011. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>.
  12. Benítez G. Violencia obstétrica. Editorial. Rev Fac Med UCV. 2008;31:5-6.
  13. Organización Mundial de la Salud. INPAC: Guía para el manejo de las complicaciones del embarazo y el parto; 2002.
  14. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva. Tomo III manual de procedimientos. Caracas; 2003.
  15. UNPFA; Ministerio de Salud, Estrategia Sanitaria nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. Perú; 2005.
  16. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre temas de ética en Ginecología y Obstetricia; 2006.
  17. Uzcátegui O, Toro Merlo J. Consentimiento informado. Rev Obstet Ginecol Venez. 2008;68:1-4.
  18. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. 24 de marzo de 2000.
  19. Código de Deontología Médica. Aprobado durante la LXXVI reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana. Caracas, 20-03.1985.
  20. E.S.E Maternidad Rafael Calvo C. Protocolo de atención de parto. Cartagena; 2011. Enero 2012. Disponible en: [http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO\\_ATENCION\\_DEL\\_PARTO.pdf](http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_ATENCION_DEL_PARTO.pdf)

## Uso del sulfato de magnesio en el embarazo

La Administración de Alimentos y Fármacos de EE.UU (FDA) desaconseja el uso de inyecciones de sulfato de magnesio durante más de 5-7 días para detener el parto prematuro en mujeres embarazadas. Con base en esto, la clasificación de este compuesto fue cambiado de categoría A a la categoría D, y el etiquetado se cambió para incluir esta nueva información de alerta. Sin embargo, el cambio de la FDA en la clasificación aborda el uso no indicado y no estándar del sulfato de magnesio en la atención obstétrica. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Sociedad de Medicina Materno-Fetal siguen apoyando el uso a corto plazo (por lo general menos de 48 horas) del sulfato de magnesio en la atención obstétrica en las condiciones adecuadas y durante períodos apropiados de tratamiento, lo que incluye la prevención y el tratamiento de convulsiones en mujeres con preeclampsia o eclampsia, la neuroprotección del feto prematuro antes del parto pretérmino anticipado (menos de 32 semanas de gestación), y la prolongación de corto plazo del embarazo (hasta 48 horas) para permitir la administración de corticosteroides prenatales en mujeres embarazadas entre 24 y 34 semanas de gestación con riesgo de parto prematuro dentro de 7 días.

Traducido por R Pérez D'Gregorio de: ACOG, The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. Society for Maternal-Fetal Medicine. Committee Opinion. Number 573, september 2013. Disponible en: [http://www.acog.org/Resources\\_And\\_Publications/Committee\\_Opinions/Committee\\_on\\_Obstetric\\_Practice/Magnesium\\_Sulfate\\_Use\\_in\\_Obstetrics](http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Obstetric_Practice/Magnesium_Sulfate_Use_in_Obstetrics)