



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y
PUERPERIO. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR SU
PREVALENCIA EN EL HOSPITAL ZONAL DE TRELEW, PROVINCIA DE
CHUBUT, REPÚBLICA ARGENTINA.

MARÍA EUGENIA MARCON PRIETO
2014 - 2016

Proyecto Terminal para obtener el grado de Maestra en Salud Pública en
Servicio

Directora: Maestra Mariana Romero
Asesor: Maestro Eduardo Ortiz Panozo

Cuernavaca, Morelos; Noviembre de 2017

Proyecto Terminal. Maestría de Salud Pública en Servicio 2014-2016

VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR SU PREVALENCIA EN EL HOSPITAL ZONAL DE TRELEW, PROVINCIA DE CHUBUT, REPÚBLICA ARGENTINA.

Resumen

Introducción: La violencia obstétrica en los servicios de salud se expresa a través de malos tratos, omisiones y uso de prácticas clínicas deletéreas. Se encuentra invisibilizada y convalidada por saberes profesionales abusivos y culturas institucionales que vulneran los derechos reproductivos de las mujeres. La provincia de Chubut no cuenta con estudios que determinen la prevalencia de este tipo de violencia. El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de violencia obstétrica según la percepción de las usuarias y profesionales, y su asociación con las características de los proveedores del servicio de obstetricia del Hospital Margara, para desarrollar una propuesta de intervención. **Métodos:** estudio descriptivo, exploratorio, de corte transversal. Se encuestaron 146 mujeres puérperas post parto previo al alta de la maternidad y 30 profesiones de salud (médicos, parteras y enfermeras) responsables de su atención durante los meses de enero a marzo de 2017. Se realizaron análisis uni y bivariado de la información **Resultados:** La información obtenida desde las usuarias permitió conocer sus antecedentes personales y obstétricos, factores relacionados con la violencia y generar un score de violencia obstétrica, en donde el 100% de las mujeres atravesaron entre 7 y 42 situaciones de violencia sobre un total de 115. La obtenida desde los proveedores, permitió conocer sus antecedentes personales y laborales, identificando conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la ley de parto humanizado. El 31% no tenía conocimientos relacionados a la ley, el 69% no presentaba actitudes esperadas según la ley, y el 71% no realizaba prácticas clínicas en consonancia con la ley. **Conclusión:** A pesar de la existencia del marco legal se observan situaciones repetidas de violencia obstétrica en mujeres usuarias del sector público, producto de prácticas profesionales e institucionales.

Palabras clave: violencia obstétrica, derechos reproductivos, ley argentina de parto humanizado.

INDICE	PAG.
1. Introducción	3
2. Antecedentes	4
2.1 La violencia obstétrica como problema de salud pública	4
2.2 Iniciativas y propuestas para la protección de las mujeres	5
2.3 Acciones sobre violencia obstétrica en Latinoamérica	5
2.4 Situación de la violencia obstétrica en la República Argentina y Provincia de Chubut	6
2.5 Situación local. Ciudad de Trelew	8
3. Marco Teórico	9
3.1 Definición de violencia obstétrica	9
3.2 Derecho de la mujer al acceso a la salud	9
3.3 Derechos de la mujer vulnerados con la violencia obstétrica	10
3.4 Consecuencias de la violencia obstétrica	10
3.5 Población que se encuentra afectada por la violencia obstétrica	11
3.6 Marco conceptual	12
3.6.1 Características de las instituciones	13
3.6.2 Características de las usuarias	14
3.6.3 Características de los proveedores	15
4. Planteamiento del problema	16
5. Justificación del problema	17
6. Objetivos	18
6.1 Objetivo general	18
6.2 Objetivos específicos	18
7. Material, métodos e instrumentos	18
7.1 Diseño del estudio	18
7.2 Fase I del estudio. Apartado USUARIAS	21
7.2.1 Descripción y tamaño de muestra	21
7.2.2 Criterios de selección	21

7.2.3 Recolección de la información. Instrumento.	21
7.2.4 Captura y análisis de la información	26
7.3 Fase I del estudio. Apartado PROVEEDOR.	26
7.3.1 Descripción y tamaño de muestra	26
7.3.2 Criterios de selección	26
7.3.3 Recolección de la información. Instrumento	27
7.3.4 Captura y análisis de la información	30
8. Resultados	31
8.1 Apartado USUARIAS	31
8.1.1 Análisis univariado	39
8.1.2 Análisis del score de violencia obstétrica	42
8.1.3 Análisis bivariado	43
8.2 Apartado PROVEEDORES	44
8.2.1 Análisis univariado	44
8.2.2 Análisis por componentes	54
8.2.3 Análisis bivariado	55
9. Discusión	57
10. Conclusiones	59
11. Recomendaciones	61
12. Límites del estudio	62
13. Fase II. Propuesta de intervención	63
13.1 Competencias de la intervención	63
13.2 Antecedentes de a intervención	65
13.3 Metodología enseñanza - aprendizaje	67
13.4 Sesiones de capacitación	68
13.5 Evaluación de la intervención	70
14. Consideraciones éticas	71
15. Bibliografía	72
16. Anexos	76

1. Introducción

La integración de los conocimientos aprendidos durante la Maestría de Salud Pública en Servicio, se encuentran volcados en esta investigación con el propósito de beneficiar a dos subgrupos poblacionales definidos: embarazadas y neonatos.

La violencia obstétrica en los servicios de salud se expresa a través de malos tratos y uso de prácticas clínicas adversas e incluso deletéreas hacia las mujeres, que concurren al hospital para que el nacimiento de sus hijas/os sea “seguro”. Sin embargo, una importante proporción de este tipo de violencia se encuentra invisibilizada y convalidada por un saber profesional del que se abusa⁴. Como consecuencia, se vulneran los derechos reproductivos de las mujeres y sus hijas/os recién nacidos.²

Distintas organizaciones internacionales y en cierta medida los estados, han comenzado a fijar su atención en la violencia ejercida durante los eventos reproductivos. Si bien aún es necesaria mayor cantidad de evidencia científica que permita definirla, clasificarla y diagnosticarla de manera sistemática, con el propósito de crear intervenciones que la prevengan, detecten y/o disminuyan en los servicios de salud, se observa una clara asociación entre violencia obstétrica, morbilidad y mortalidad materna e infantil.⁵

La experiencia y recomendaciones propuestas hasta el momento, indican que se debe trabajar en distintos niveles de intervención para intentar disminuir la incidencia de esta violencia. Se pueden mencionar entre otros, la aplicación del enfoque de género y equidad en políticas públicas, la información y empoderamiento de la población sobre sus derechos reproductivos, la capacitación y sensibilización de los proveedores de salud que están en contacto directo con la usuaria, y la especificación de los derechos que asisten a las mujeres embarazadas en las normas o protocolos de atención de la mujer durante el trabajo de parto, parto y puerperio.⁴

A nivel de los servicios de salud y teniendo en cuenta los distintos contextos, es necesario aportar investigaciones que contribuyan al conocimiento y cuantificación de la violencia obstétrica como así también analizar sus factores asociados y causas. En este sentido, resulta relevante estudiar los conocimientos, actitudes y prácticas del equipo de salud que trabaja con la mujer embarazada para eventualmente intervenir sobre ellos.

Un análisis epidemiológico completo permitirá nutrir de información certera a los tomadores de decisiones, aportando conocimiento para la formulación de políticas públicas que permitan mejorar la calidad de la atención reproductiva de las mujeres en los servicios de salud.

2. Antecedentes

2.1 La violencia obstétrica como problema de salud pública.

La Violencia Obstétrica se encuentra definida en la República Argentina por la Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Se define como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresado en un trato deshumanizado, un abuso de la medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”.¹

La violencia obstétrica constituye una violación de los derechos humanos desde dos aspectos: como inaccesibilidad al derecho a la salud y como violencia de género², afectando a dos subgrupos poblacionales: niños y mujeres embarazadas, a pesar de que el Artículo 25 de la Declaración de los Derechos Humanos, menciona que tanto los niños como las embarazadas deben recibir atención y cuidados especiales.³

El proceso del parto atraviesa una gran transformación a partir de mediados del siglo XIX debido al desarrollo médico tecnológico. El parto se institucionaliza, las mujeres dejan de dar a luz en sus hogares para hacerlo en los centros de salud, como estrategia para reducir la mortalidad y morbilidad materna e infantil. Comienza a ganar mayor relevancia el proceso científico técnico sobre el protagonismo que tenía previamente la madre al parir. El parto comienza a medicalizarse y se patologiza, transformando a la mujer en un “objeto de intervención” en lugar de un “sujeto de derecho”.⁴

En este contexto aparecen el abuso psicológico, la manipulación y un conjunto de prácticas invasivas que no son necesarias ya que no se encuentra demostrado que mejoren la calidad del proceso de nacimiento⁵. Esta situación denota la asimetría entre el médico y la usuaria, donde se niegan los beneficios de prácticas y saberes tradicionales, y se habilita al médico a ser el único autorizado para intervenir en el cuerpo de la mujer. De esta manera, la inequidad de género continúa afectando la atención de las mujeres y su salud reproductiva en muchas partes del mundo.

El parto no respetado como evidencia de la violencia obstétrica, acarrea graves consecuencias para la salud pública, tanto a nivel individual en las esferas física y psíquica, como en la economía de los países. Al mismo tiempo algunas de estas prácticas innecesarias generan según un estudio global de la Organización Mundial de la Salud, mayor riesgo de complicaciones severas y mortalidad materna y neonatal.⁶

En agosto de 2015 se realizó en el Hospital Zonal Adolfo Margara de la ciudad de Trelew, un estudio cualitativo para observar la vulneración de los derechos reproductivos en el servicio de obstetricia. Adicionalmente, se evaluaron indicadores indirectos obtenidos desde el Sistema Informático Perinatal durante el primer semestre del año 2016. Los resultados indican que la prevalencia de cesárea fue de 30,7%, el uso de oxitócicos para inducción del parto no presentaba datos, el acompañamiento durante el trabajo de parto fue del 77,9% de los

nacimientos. Se desconocen otros indicadores relacionados a las usuarias o a los proveedores de acuerdo al marco conceptual, que estimen la prevalencia de violencia obstétrica en la institución.

No contar con un diagnóstico adecuado del problema, impacta en la dificultad de cambiar o crear políticas públicas con enfoque de género y respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. También genera dificultad para trabajar en la organización de los servicios obstétricos y en la capacitación de los proveedores de salud directamente relacionados con la atención perinatal.

2.2 Iniciativas y propuestas para la protección de las mujeres

A nivel internacional se han establecido diversos consensos para la protección de los derechos sexuales y reproductivos. Entre ellos, la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer en 1979, Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer en 1993, los planes de acción emanados de la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), la V Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia Contra las Mujeres (Belén do Pará, 1996). Aún así, en estos documentos se encuentran escasas referencias directas sobre los derechos que asisten a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.⁴

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el artículo 5 refiere que “Nadie estará sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”. En el contexto de la violencia obstétrica, esto se traduce como insultos o tratos humillantes, indiferencia frente al dolor, o la infantilización en el trato, que reciben las mujeres durante los eventos reproductivos. En el artículo 12, la misma Declaración habla de que nadie debe ser objeto de “ataques a su honra o a su reputación”, en referencia a la falta de cuidados de su intimidad, con exposición indebida de sus genitales, entre otros.³

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP/OMS), publicó un decálogo en el año 2003 para lograr metas centradas en la atención materna y perinatal de América y el Caribe. Se menciona la necesidad de un trato humanitario centrado en la familia, atendiendo los problemas físicos pero también emocionales y sociales, favoreciendo que la mujer se involucre en su propia salud, con uso de tecnologías previamente evaluadas antes de su utilización.⁷

En el año 2014 la Organización Mundial de la Salud emite su primera declaración acerca de la violencia obstétrica, con el objetivo de prevenirla y erradicarla, destacando que “Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación”⁸. Para lograrlo se refiere a la intervención en todos los niveles de incumbencia: políticas públicas, programas de salud, acciones en los servicios de salud y participación activa de las mujeres embarazadas.

2.3 Acciones sobre violencia obstétrica en Latinoamérica

Venezuela fue el primer país de la región latinoamericana en considerar legalmente a la violencia obstétrica como un delito. En 2007, a través de su Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, describe los actos que realizados por el personal de salud serán considerados punitivos (artículo 51).⁹

En 2014, México reforma la “Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, reconociendo como delito las acciones u omisiones de todo el equipo médico y de salud que lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo o parto¹⁰. Entre los años 2000 y 2009, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), presentó 1353 quejas referidas a la especialidad obstétrica, debido a que solo 13 estados de México presentaban leyes relacionadas a la violencia obstétrica, mientras que durante 2015 la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), presentó 122 casos referidos a quejas, mostrando que en México la violencia obstétrica, en general no es reconocida como tal¹¹. La asociación civil sin fines de lucro GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), fundada en México en 1991 promueve los derechos reproductivos de las mujeres, basándose en el marco de los derechos humanos. Esta organización no gubernamental recopila, sistematiza, difunde la información a la población y promueve su utilización por parte de los decisores de políticas públicas. GIRE además, otorga soporte a las mujeres víctimas de violencia obstétrica en la esfera psicológica y legal¹². Entre 2009 y 2012, recibió 161 quejas referidas a violencia obstétrica, mientras que en el periodo agosto 2012 a diciembre 2013, recibió 297 quejas, lo que permite suponer un aumento de la visibilidad y sensibilidad sobre este tema.¹²

En Ecuador, la “Coalición de Mujeres” integrada por distintas asociaciones civiles, presentó al Comité de la CEDAW (Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer), una propuesta de Ley Orgánica Integral por el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Esta presentación, realizada en 2014 incluye por primera vez a la violencia obstétrica dentro del marco jurídico. La sanción de esta ley se encuentra en proceso.¹³

En Costa Rica se presenta en 2015 un proyecto de Ley para Proteger a la Mujer Embarazada y Sancionar la Violencia Obstétrica que tiene como propósito proteger tanto al niño por nacer como a su madre durante la gestación y el parto.¹⁴

Si bien existen iniciativas legislativas como las mencionadas anteriormente, aún existe un escaso número de países latinoamericanos que posean leyes específicas sobre violencia obstétrica; y dentro de aquellos que la poseen, se observan numerosas dificultades para su implementación y cumplimiento.

2.4 Situación de la violencia obstétrica en la República Argentina y Provincia del Chubut

En la reforma de la Constitución Nacional de la República Argentina de 1994, el capítulo II, Artículos 41 y 42 establecen que se legitima la autonomía en salud de los consumidores, en las decisiones que los involucren,

enmarcado en los determinantes de salud de la población. En el Artículo 75, inciso 22, aclara que los instrumentos internacionales sobre derechos humanos tienen jerarquía constitucional. En el inciso 23, se indica dictar un régimen de seguridad social especial para los niños desamparados desde el embarazo hasta alcanzar el nivel escolar básico, pero también para la mujer embarazada y el período de lactancia.¹⁵

Con el objetivo de mejorar el derecho y la protección de la salud de la población, el Plan Federal de Salud en la República Argentina, propuso varias modalidades de trabajo, como la creación o consolidación de redes prestacionales efectivas en función de las necesidades de la población, fortaleciendo el acceso a la salud y disminuyendo la inequidad prestacional; propiciando la participación comunitaria, científica, pública y privada con conformación de mesas intersectoriales; unificando los criterios de cobertura y calidad en todo el territorio, como también los procesos de gestión sanitaria y administrativa, y realizando una coordinación programática con enfoque por ciclo de vida.¹⁶

Específicamente, la República Argentina sancionó dos leyes nacionales con respecto a los derechos de las mujeres embarazadas:

- Ley Nacional N° 25.929 (2004), de Parto Humanizado, que hace referencia a los derechos de las mujeres, los niños por nacer y la familia durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio.¹⁷
- Ley Nacional N° 26.485 (2009), de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, que en su artículo 6 inciso e) define a la violencia obstétrica.¹

En Argentina, el organismo que propicia la introducción del enfoque de género en las políticas públicas de salud e intenta disminuir la desigualdad e inequidad entre hombres y mujeres, es el Consejo Nacional de las Mujeres. Este es un organismo público nacional que trabaja para prevenir, erradicar y sancionar la violencia contra las mujeres en todas sus formas, garantizando el cumplimiento de sus derechos. Se vale de distintos recursos para cumplir con su objetivo¹⁸:

-Observatorio de violencia contra las mujeres: recolecta información sobre todo tipo de violencia hacia la mujer, la sistematiza y publica para proveer información general a la población, universidades, centros de investigación u organizaciones sociales. Describe siete tipos diferentes de violencia entre los que incluye la obstétrica.¹⁹

- Recursos para la atención integral de las mujeres en situación de violencia: lista por provincia los organismos gubernamentales y organizaciones sociales con los que pueden contar las mujeres víctimas de violencia en caso de necesidad a lo largo de todo el territorio nacional.²⁰

-Línea telefónica nacional 144: atendida por profesionales psicólogos y trabajadores sociales específicamente capacitados, brindan información, asesoran, orientan y contienen a las mujeres o familiares víctimas de violencia. Funciona todos los días del año, las 24 horas del día, de forma gratuita¹⁹. Durante el año 2015, 98,4% de los llamados efectuados a la Línea 144 correspondieron a violencia doméstica. El 63,2 % eran mujeres entre

19 y 40 años de edad. Solo el 0,10% de las denuncias correspondieron a violencia obstétrica¹⁹. La Provincia de Chubut aportó en ese año el 0,7 % del total de llamados realizados en toda la nación (n=262).

En la República Argentina se encuentran escasos ejemplos de estudios sobre violencia obstétrica. Se destacan el realizado por Canevari Bledel, “Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública”²¹, y el de Paula Quevedo, en su trabajo de tesis “Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la desigualdad de género”²². Si bien se tiene conocimiento de otras investigaciones de tipo cualitativas, éstas no han llegado a ser publicadas.

2.5 Situación local. Ciudad de Trelew.

Según el censo poblacional 2010, la ciudad de Trelew presenta un total de 99.430 habitantes con un 6% de población extranjera, con gran migración interna y externa. El 51,4% de la población corresponde al sexo femenino, y dentro de este grupo, el 52% son mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años de edad. La tasa provincial de fecundidad general para 2015 fue de 65,35 nacimientos cada 1000 mujeres en edad reproductiva, y la de mortalidad neonatal fue de 3,2 cada 1000 nacidos vivos. La prevalencia de nacimientos de madres adolescentes (10 a 19 años de edad), fue del 15%, para un máximo estimado de 10% según la Organización Mundial de la Salud.

La tasa total de analfabetismo en la población de 10 años de edad y más para el 2010 fue de 1,8%, compuesta por 1% para mujeres y 0,8% para hombres. A partir de los 18 años de edad disminuye la tasa de asistencia escolar de manera abrupta para ambos sexos, coincidiendo con la terminación de la escuela secundaria. Entre los 18 y 24 años de edad se observa un menor porcentaje de acceso de las mujeres al sistema educativo superior (36,8%), con respecto a los hombres (41,1%).

El 43% de la población total es económicamente activa, y el 40% posee una ocupación. El 51% de los ocupados son mujeres, pero estas presentan más del doble de ocupación no calificada con respecto a los hombres, situación que demuestra la inequidad en el acceso a las oportunidades laborales, pero también a la educación superior.

En cuanto a las condiciones de vida, 2,1% de los hogares se encuentran por debajo de la línea de pobreza, y 0,9% por debajo de la línea de indigencia, situación que ubica al área de Trelew dentro de las zonas más favorecidas de la provincia.

La respuesta sanitaria organizada se encuentra dentro del Área Programática Trelew. El sector público de salud está constituido por un hospital zonal general, un centro materno infantil donde se realizan los partos, y 11 centros de salud correspondientes al primer nivel de atención, dentro del área urbana. En el área rural, se encuentran 5 hospitales de baja complejidad, donde se brinda atención prenatal pero no se realizan partos, según lo dispuesto por la regionalización de la atención perinatal. En el sector privado de salud, funcionan 5

maternidades ubicadas en la ciudad. Durante el año 2015, se registraron 880 nacimientos en el centro materno infantil, y 1277 entre las cinco maternidades del sector privado.

Si bien la Provincia de Chubut adhirió a la Ley Nacional N° 25.929 de Parto Humanizado aún se requieren mayores esfuerzos para mejorar su implementación.²³

3. Marco Teórico

3.1 Definición de violencia obstétrica

La violencia obstétrica en la República Argentina queda definida por la Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Esta la define como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresado en un trato deshumanizado, un abuso de la medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”.¹ Para comprender cabalmente sus implicancias, seguiremos la definición de Orueta en la cual la medicalización y patologización se refieren a “la conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre completamente normales y el pretender resolver mediante la medicina situaciones que no son médicas sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales”.²⁴

La Ley Nacional N° 25.929 de Parto Humanizado¹⁷, contempla los siguientes derechos de la mujer durante el proceso del nacimiento: 1) derecho a la Información oportuna, 2) participación activa en toma de decisiones, 3) trato digno y respetuoso, 4) evitar la utilización de prácticas invasivas no justificadas, 5) uso racional de medicamentos, 6) acompañamiento por la persona de su elección y 7) promoción de la salud materna e infantil. La violencia obstétrica queda incluida en la definición de salud reproductiva dentro de la salud preconcepcional, embarazo, parto y puerperio y se encuentra directamente condicionada por los determinantes sociales de salud.²⁵

3.2 Derecho de la mujer al acceso a la salud

La Organización Mundial de la Salud en su Constitución del año 1946, es la primera en establecer el derecho a la salud. Describe que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano...”²⁶

El Estado es quien debe garantizar este derecho, por lo que la Salud Pública toma importancia como disciplina encargada de proteger la salud poblacional, y por consiguiente la prevención de la violencia obstétrica debe estar dentro de su agenda. La Organización Mundial de la Salud dentro de sus prioridades toma en cuenta el cuidado de la salud de las mujeres y los niños, la violencia obstétrica está directamente relacionada con ellos.

La violencia obstétrica se encuadra dentro de la violencia de género, definida en 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas: “(...) todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o

real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada”²⁷. Esta definición asume a la violencia contra la mujer como atribuible a la inequidad de géneros, y por ello como una vulneración del derecho a la igualdad en el acceso a la atención de calidad. En este sentido, deben considerarse las diferencias biológicas, psicológicas, económicas, laborales de las mujeres, en particular, sus necesidades durante el proceso reproductivo, en el abordaje de las prácticas naturalizadas violentas y discriminatorias que suceden en razón del género en los servicios de obstetricia.

3.3 Derechos de la mujer vulnerados con la violencia obstétrica

DERECHOS	MARCO LEGAL
Derecho a estar libre de discriminación por género	CEDM Art.12
	Conferencia Mundial sobre derechos Humanos 1993
	Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social 1995
Derecho a la integridad persona	Convención Americana sobre Derechos Humanos Art.5
Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos o degradantes	Declaración Universal de Derechos Humanos Art. 5
	Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos Art. 7
	Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes Art.16,
	Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer Art. 4).
Derecho a la salud y salud reproductiva	Plataforma de Beijing
	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
Derecho a la privacidad e intimidad, honra y dignidad	Comisión Americana de derechos Humanos Art. 11
	Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos Art. 17.1
	Declaración Universal de Derechos Humanos Art. 12).

3.4 Consecuencias de la violencia obstétrica

Estudios como el de Olza muestran que luego de haber vivenciado un parto traumático, las mujeres pueden desarrollar un trastorno de ansiedad denominado síndrome de estrés postraumático, caracterizado por la reexperimentación del trauma, evitación de estímulos relacionados al trauma, aparición de síntomas que antes del trauma se encontraban ausentes como “ dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad o ataques de ira,

dificultad para concentrarse, hipervigilancia o respuestas exageradas de sobresalto, durando más de 1 mes y generando deterioro social, laboral o de otras actividades”²⁸. Si bien no se relaciona directamente con la gravedad del suceso, se relaciona con la percepción de la madre acerca del peligro que ella o su hijo padecieron, experimentando durante el parto miedo, indefensión u horror. Se presenta en el 1,5% al 6% de las puérperas, llegando hasta un 30% pero de presentación incompleta²⁹. Este síndrome puede desencadenarse por la sobreintervención durante el parto o por la percepción de la mujer de haber sido indebidamente cuidada. Es más frecuente frente a un parto vía vaginal instrumentado, parto inducido, presencia de dolor por largo período de tiempo, cesárea de emergencia o tras el nacimiento de un niño muy enfermo o prematuro. Provoca gran sufrimiento en la mujer y altera la relación futura con su bebé y su pareja, alterando la fertilidad y el comportamiento frente a futuros embarazos, y también frente a los proveedores de salud³⁷. Puede prevenirse mediante el entrenamiento específico del proveedor de salud para disminuir el sufrimiento psíquico de las usuarias durante la atención del trabajo de parto y parto, evitando el intervencionismo innecesario como la cesárea no justificada debidamente, permitiendo el acompañamiento de la embarazada durante el proceso del nacimiento y evitando la separación del niño al nacer.³⁷ La violencia obstétrica también puede generar morbilidad y mortalidad en la madre y el niño. En la Organización Mundial de la Salud se describen las lesiones asociadas al intervencionismo y la prematuridad derivada, con las consecuencias negativas para el binomio. De la misma manera lo expone el estudio de Canevari, reportando que las prácticas injustificadas como las episiotomías de rutina y las cesáreas innecesarias, generan malestar, aumento de la morbilidad, dificultad para el apego inmediato entre la madre y el recién nacido y/o sentimientos de inferioridad.²⁶

3.5 Población que se encuentra afectada por la violencia obstétrica

Son dos los subgrupos poblacionales que se encuentran directamente afectados: las mujeres embarazadas/parturientas y los neonatos, aunque el problema incide también sobre las familias y toda la sociedad, ya que la salud de los primeros impacta sobre el resto. Según la revisión sistemática de estudios cualitativos sobre violencia obstétrica realizada por Meghan A. Bohren y colaboradores, las mujeres que presentan mayor discriminación por parte de los proveedores de salud son las adolescentes solteras, las mujeres mayores con varias gestas previas, las mujeres de bajo nivel socioeconómico y las mujeres infectadas con VIH, incidiendo más negativamente sobre la calidad de atención que reciben durante el proceso del parto.³⁰

3.6 Marco Conceptual



Estudios previos en búsqueda de evidencia sobre abuso y trato irrespetuoso de las mujeres en los servicios de salud durante el proceso de nacimiento, identifican siete categorías para su descripción, que intentan sintetizar y organizar una gran lista de manifestaciones reportadas en la literatura, y que no son excluyentes entre sí.³¹

Abuso físico: golpe, palmada, pellizco, ataduras, empujar el abdomen con fuerza, episiotomías extensas y/o innecesarias, sutura de desgarro o episiotomía sin anestesia, tacto vaginal rudo y/o frecuente sin indicación, cesárea sin indicación justificada.

Falta de consentimiento informado: ausencia de información y comunicación acerca de las intervenciones realizadas a las usuarias durante el proceso del nacimiento, ausencia de protocolos de consentimiento informado para práctica de cesárea, episiotomía, histerectomía, transfusión sanguínea, esterilización.

Falta de confidencialidad: falta de privacidad para parir, sin barreras de protección (ej: cortinado/biombo), falta de privacidad otorgando información sensible (ej: seropositividad para VIH), que puede generar discriminación en la maternidad.

Trato indigno: humillación, culpabilización, amenazas, trato rudo, regaño, gritos, divulgación de la información privada de la usuaria, percepción negativa del cuidado (esta última varía según la cultura en la que se encuentra).

Discriminación basada en atributos específicos de la usuaria: “Trato diferente y perjudicial que se da a una persona por algún motivo”³² como etnicidad, lenguaje (ej: aborígenes), edad (ej: adolescentes), patología previa (ej: VIH), tradiciones y preferencias, estatus económico (ej: mujeres pobres o del ámbito rural).

Abandono: dejar sola a la usuaria descuidando su atención³³. (ej: mujeres que paren solas en las instituciones de salud debido a fallas de los proveedores en su monitoreo o capacidad diagnóstica).

Retención de la usuaria y/o su hijo en el efector de salud: debido a falta de pago o pago incompleto de las prestaciones. Esta categoría no corresponde para la actual investigación, ya que será realizada en un hospital del ámbito público de la salud, donde no se requiere paga por la prestación ofrecida.

Adicionalmente, la Ley de Parto Humanizado¹⁹ lista una serie de derechos que de ser vulnerados dan lugar a violencia obstétrica. Los derechos para las mujeres y sus hijos son:

- Ser informada y tener participación activa en las decisiones clínicas en caso de existir más de una opción durante el trabajo de parto, parto o puerperio.
- Considerarse sana y protagonista de su parto.
- Evitar prácticas invasivas, ni recibir medicación en caso de no estar debidamente justificado, respetando su tiempo biológico y psicológico.
- Recibir información sobre la evolución de su parto y el estado de salud del hijo por nacer.
- Evitar procedimientos con el único fin de la investigación.
- Estar acompañada por la persona de su elección durante el trabajo de parto, parto y puerperio, si así lo dispone.
- Tener internación conjunta con su hijo permanentemente en el establecimiento de salud, salvo que el niño requiera cuidados especiales.
- Conocer los beneficios de la lactancia materna y ser apoyada para lograrlo.
- Ser asesorada sobre sus cuidados en salud y los de su hijo.
- Recibir información sobre lo perjudicial de hábito tabáquico, alcohólico o uso de drogas para ella y su hijo.

En el marco conceptual también debe considerarse que la violencia obstétrica puede presentar potenciales factores asociados constituidos por las características que presenten las usuarias, los proveedores de salud y las instituciones donde ocurre el proceso del nacimiento.³⁸

Características de las instituciones/servicios de salud:

Gobernanza y liderazgo: entendiéndose como gobernanza a “los arreglos institucionales de interacción entre el Estado y la sociedad, y reglas de juego para ordenar los consensos y garantizar la estabilidad”³⁴. El liderazgo se entiende como la “influencia que se ejerce sobre las personas y que permite incentivarlas para que trabajen en forma entusiasta por un objetivo común”³⁵. Las autoridades sanitarias en todo nivel deben ocuparse de implementar y fortalecer la inclusión de los derechos humanos y en salud, mientras que los jefes/líderes deben favorecer su implementación y supervisar su cumplimiento a nivel local, muchas veces superando la resistencia de los proveedores.³⁸

Guías /Protocolos de Atención: “conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud”³⁶. Estas herramientas incluyen de forma muy limitada o inexistente la descripción de la conducta ética del cuidado, la información a la usuaria y la solicitud de consentimientos, el cuidado de su privacidad, el no abandono de la paciente, la protección del abuso físico hacia las mujeres.

Mecanismos de denuncia/queja: denuncia del maltrato o abuso presentada por la usuaria y/o representante legal a los distintos niveles del sistema de salud, desde el local hasta los organismos gubernamentales y no gubernamentales³⁷. También permite a los proveedores realizar “reporte de incidentes”³⁸. Suelen ser inusuales en las instituciones de salud de los países en vías de desarrollo, aun existiendo la herramienta y circuito para su realización, pero faltando el conocimiento por parte de las mujeres sobre en qué consiste y la manera de realizarlo. Se pierde la posibilidad de corrección de las fallas del sistema de salud.

Infraestructura: se define como el “conjunto de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarios para el desarrollo de una actividad o para que un lugar pueda ser utilizado”³⁸. La falta de recursos o adaptación del sitio según las necesidades de las mujeres durante el proceso del nacimiento puede constituirse en maltrato (ej: falta de cortinas o biombos de separación para resguardar su intimidad, inexistencia de salas adaptadas para realizar el parto en la posición elegida por la usuaria, privación de su acompañamiento por falta de espacio en la habitación, etc.)

Características de las Usuaris:

Empoderamiento: “Proceso por el cual las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo ...para impulsar cambios positivos de las situaciones que viven”³⁹, (ej: realización de control prenatal completo, búsqueda de lugares especializados para parir- parto seguro, manejo del dinero o finanzas en el hogar, decisión propia de asistir a la institución sin necesidad del “permiso” de un tercero³⁸, capacidad de reconocer y/o denunciar el maltrato recibido sin “normalizar” las situaciones de abuso y falta de respeto).

Creencias: “Conjunto de principios ideológicos de una persona o un grupo social”⁴⁰ (ej: la mujer acepta el maltrato pues no conoce otra forma de atención o desconoce acerca de los derechos de las personas sobre salud sexual y reproductiva).

Antecedentes obstétricos: número de partos previos, vía de nacimiento (Vaginal/ Cesárea), abortos, realización de control prenatal, patologías asociadas al embarazo.

Ocupación: empleo o tipo de actividad que desarrolla (ej: estudiante, ama de casa, trabajadora fuera del hogar)

Educación: “formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen”⁴¹. Se investigara de acuerdo al nivel académico alcanzado en la educación formal.

Edad: “tiempo que ha vivido una persona...desde su nacimiento”⁴², (ej: las mujeres adolescentes son más vulnerables a recibir trato indigno que las de mayor edad).³⁸

Características de los Proveedores:

Prejuicios: “Opinión preconcebida, generalmente negativa, hacia algo o alguien”⁴³. Contribuye potencialmente a la discriminación y maltrato de subgrupos de usuarias según su edad, etnia, educación, posición económica, patología previa como VIH entre otros atributos³⁸.

Formación: “aquellos estudios y aprendizajes encaminados a...aumentar y adecuar el conocimiento y habilidades de los trabajadores a lo largo de toda la vida”⁴⁴. En los proveedores se describe una formación dura, punitiva y orientada a mantener distancia con las usuarias, con un modelo de atención del nacimiento irrespetuoso o abusivo, aceptado como “normal” y transmitido a los estudiantes. Esta situación hace propensa la medicalización de la embarazada sin atención de sus necesidades interpersonales, y lleva a asumir a la mujer como un “cuerpo que está pariendo”, en lugar de asumir a su persona de manera integral. En ocasiones el proveedor intenta “disciplinar” a la mujer, en lugar de tratarla, otorgando “instrucciones morales” o castigándola para “educarla” (ej: privación de medicación para el dolor).³⁸

Características laborales: los efectos de la escasez de recursos humanos, estructura o equipamiento, y las dificultades en los servicios y sistema de salud, afectan a largo plazo la motivación del proveedor. Este se desmoraliza y trauma, volcando su frustración sobre las usuarias a través del maltrato y el abuso. Los servicios que presentan posibilidad de capacitación/especialización, desarrollo profesional y salarios acordes, otorgan cuidados más dignos durante el nacimiento.³⁸

Ocupación: “actividad o trabajo”⁴⁵. La diferencia existente entre las profesiones responsables de la atención perinatal (ej: jefes médicos y médicos del servicio), genera distintos estatus de poder. Aquellos subgrupos de menor jerarquía que sean víctimas de falta de respeto o abuso (ej: médicos o médicos residentes), ejercerán maltrato sobre las usuarias con mayor frecuencia. Al no ser cuidados, los proveedores no cuidarán.³⁸

Sexo y edad: características personales que influyen en la actitud y comportamiento frente a la usuaria, basados en la experiencia y percepción individual según sus características.

4. Planteamiento del problema

La violencia obstétrica se manifiesta como una violación de los derechos humanos, en particular sobre los derechos sexuales y reproductivos, constituyendo un problema de salud pública que impacta de manera negativa sobre la mortalidad y morbilidad de las mujeres embarazadas y sus hijos por nacer.¹⁰

Comprende un problema complejo que comienza a visualizarse en algunos países, pero todavía con escasez de legislación que promueva su prevención o que la considere punible. Tampoco se cuenta aún con una definición universal que permita describirla, reconocerla o investigarla de manera sistematizada en cualquier institución de salud. Inclusive aquellos países que han logrado sancionar leyes a favor del cuidado de la embarazada y su hijo durante el control de embarazo y nacimiento como sucede en Argentina a través de la Ley de Parto Humanizado, todavía se presentan dificultades para su operacionalización en los servicios de salud. Es decir que la sola existencia de un marco normativo no garantiza su cumplimiento. Dicha situación puede deberse a la falta de adecuación de las instituciones por problemas de infraestructura (edificios inadecuados, tecnología insuficiente, escaso recurso humano), a la cultura organizacional, la capacitación previa específica que hayan recibido los proveedores, al “hábito médico”, y hasta las características personales de los profesionales y usuarias.

Constituye un tipo de violencia invisibilizada en los servicios perinatológicos, donde la mayoría de las normas y protocolos de atención clínica no incluyen de igual manera el cumplimiento de los derechos reproductivos de las usuarias, y el saber hegemónico de los proveedores se encuentra por encima del conocimiento y necesidades de la mujer durante el proceso del nacimiento.

En la provincia de Chubut como en el resto del país, es necesario conocer la prevalencia del problema, así como sus factores asociados, situación que permitirá brindar herramientas a los tomadores de decisiones para establecer políticas públicas tendientes a prevenirla o erradicarla.

5. Justificación del problema

La violencia contra la mujer se encuentra en aumento, constituyendo un grave problema de salud pública, que genera consecuencias negativas para su salud física y psicológica, pero también altos costos económicos y sociales.⁴⁶

Si bien existen diversas iniciativas y propuestas para la protección de las mujeres contra la violencia a nivel internacional, la referida específicamente a violencia obstétrica durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, no se encuentra aún definida dentro del marco legal y normativo de algunos países. A pesar de contar en la Argentina con dicho marco, aún se encuentran numerosas dificultades para su implementación y cumplimiento en los servicios de salud.

De las investigaciones realizadas hasta el momento sobre violencia obstétrica, se encuentra una mayor proporción de tipo cualitativo, presentando discrepancias sobre su definición y componentes. Tampoco se conocen estadísticas oficiales en la República Argentina, que evalúen el impacto en la atención de la embarazada posterior a la puesta en vigencia de la ley de parto humanizado.

El conocer la prevalencia y los factores asociados a la violencia obstétrica, permitirá identificar la dimensión del problema, las actitudes de los proveedores durante el proceso del nacimiento, y la forma en que se ejerce el maltrato contra la mujer durante su etapa reproductiva.

Este conocimiento también proporcionará información para generar políticas públicas y hospitalarias con enfoque de género, donde se respeten los derechos reproductivos de las mujeres, siendo imperativo que los proveedores comprendan el alcance de estas normas y la necesidad de su cumplimiento.

6. Objetivos

6.1 General:

Estimar la prevalencia de violencia obstétrica y su asociación con las características de los proveedores del servicio de obstetricia del Hospital Zonal Adolfo Margara, para desarrollar una propuesta de intervención.

6.2 Específicos:

- 1.- Determinar la frecuencia de violencia obstétrica y sus factores asociados durante el trabajo de parto, parto y puerperio a partir del reporte de las mujeres atendidas en el Hospital Zonal Adolfo Margara para conocer la magnitud del problema.
- 2.- Determinar el grado de conocimientos, actitudes y prácticas relacionados a los derechos reproductivos de los proveedores de salud hospitalarios, y asociarlos con la violencia obstétrica para identificar necesidades de capacitación.
- 3.- Proponer una intervención educativa mediante el modelo de clarificación de valores y transformación de actitudes en los proveedores, para incrementar sus conocimientos, cambiar actitudes y mejorar prácticas para disminuir la violencia obstétrica.

7. Material, métodos e instrumentos

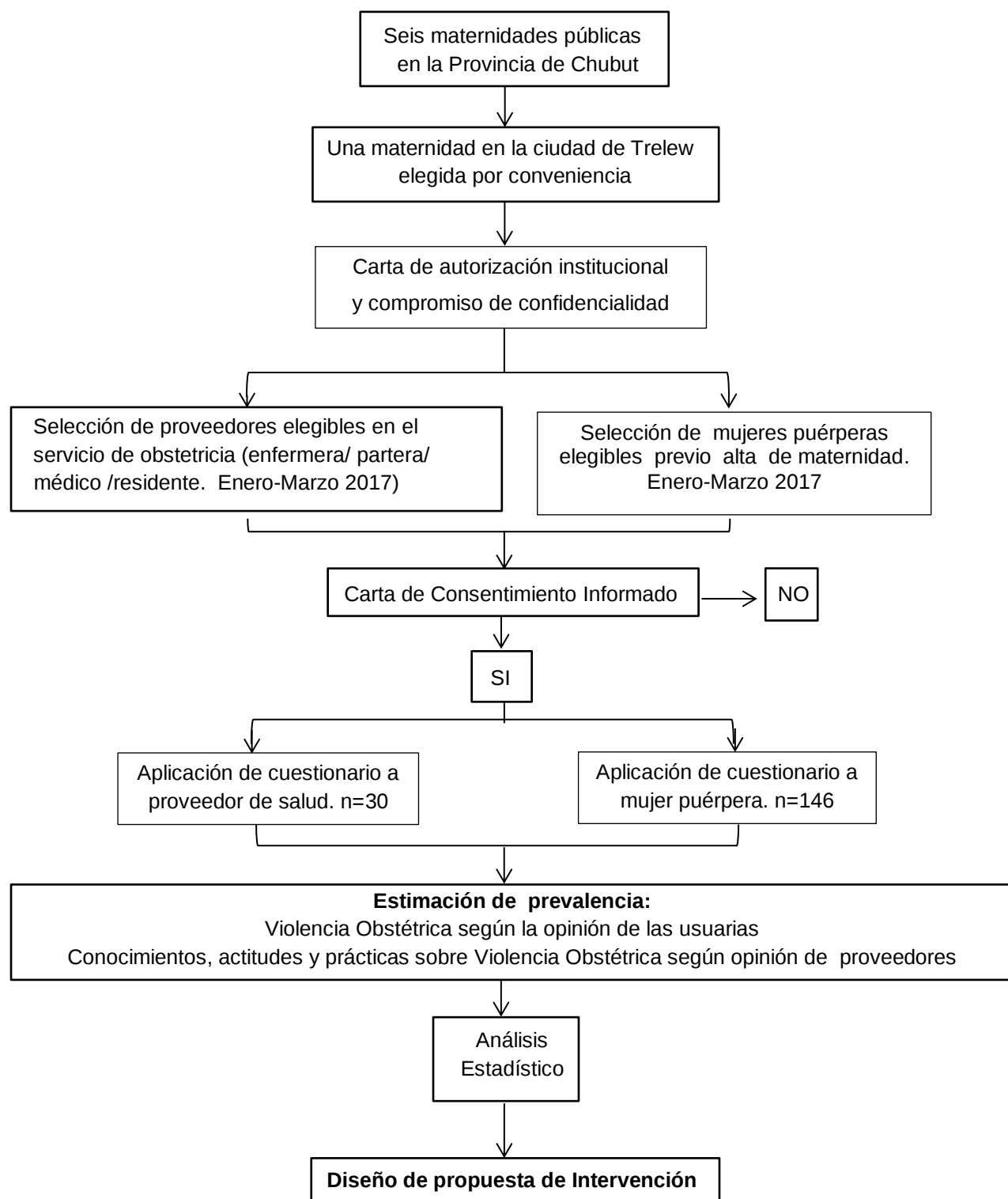
7.1 Diseño del estudio

Se desarrolló un diseño de estudio descriptivo, exploratorio, de corte transversal y compuesto por dos fases:

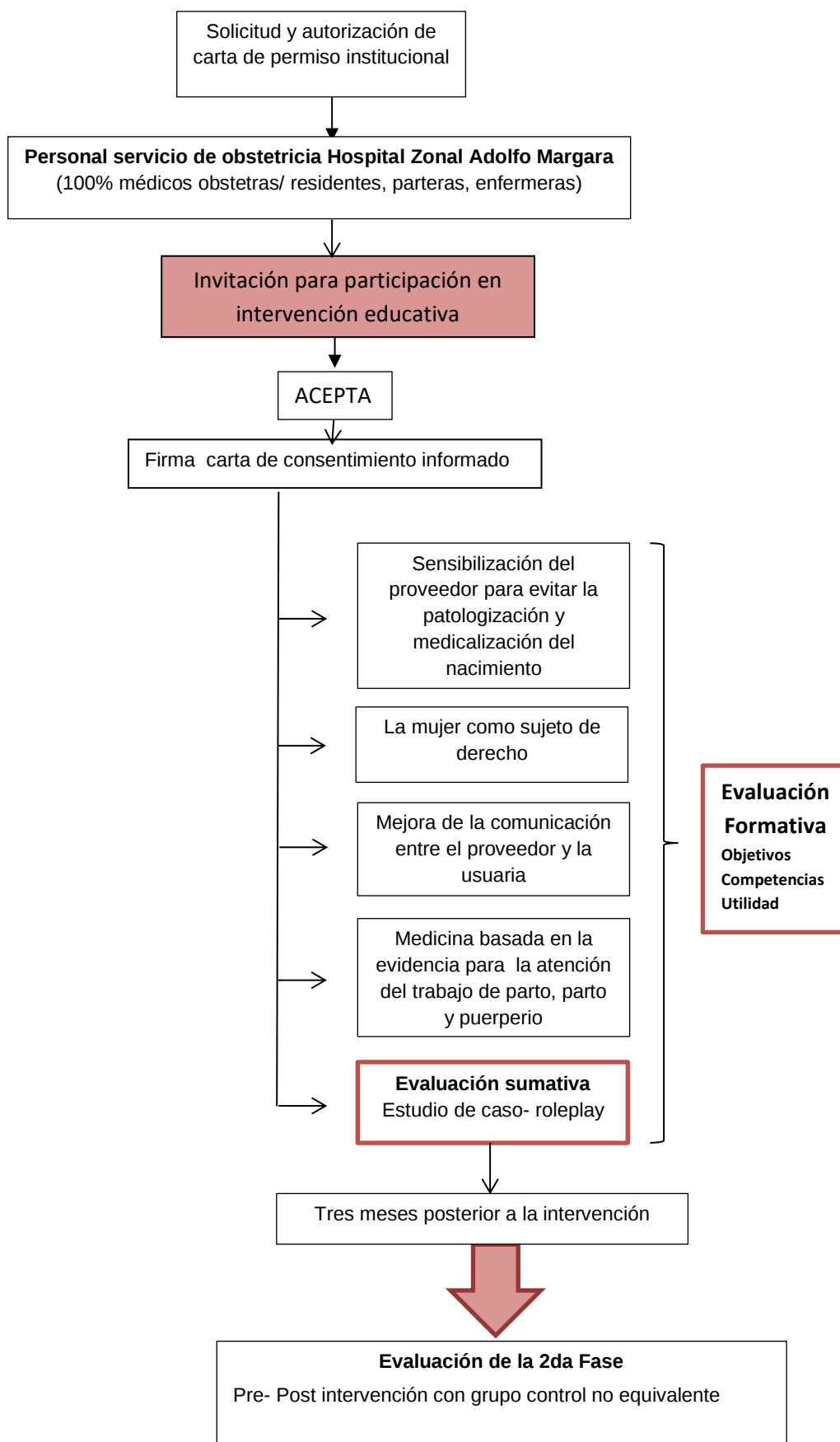
En la primera fase, de enero a marzo de 2017, se recolectó la información sobre violencia obstétrica a partir de los reportes de las usuarias ingresadas para la atención del trabajo de parto, parto y puerperio en el servicio de obstetricia del Hospital Zonal Adolfo Margara, y los conocimientos, actitudes y prácticas de los proveedores que trabajaban en el mismo servicio. Su diseño se muestra en el **Esquema 1**.

La segunda fase, correspondió al diseño de la propuesta de intervención basada en la información obtenida de la medición, para abordar los conocimientos, actitudes y prácticas de los proveedores en base a la Ley Nacional N° 25.929 de Parto Humanizado y Guía de Estrategia de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. El diseño de la propuesta se muestra en el **Esquema 2**.

Esquema 1. Primera fase: diseño de estudio.



Esquema 2. Segunda fase: diseño de intervención.



7.2 FASE I. Apartado usuarias

7.2.1 Descripción y tamaño de muestra

Para seleccionar a las usuarias, se eligió por conveniencia a la maternidad del Hospital Zonal Adolfo Margara de la ciudad de Trelew, que es una de las cinco maternidades públicas de la provincia de Chubut y la segunda con mayor cantidad de partos anuales.

Se seleccionaron a todas las mujeres que concurren a la sala de puerperio del servicio de obstetricia, posterior al nacimiento de su hijo/a y previo al alta de la maternidad, y que además cumplieron con los criterios de selección, entre enero y marzo de 2017. La muestra quedó conformada por 146 usuarias.

7.2.2 Criterios de selección

Para poder participar del estudio, las usuarias debieron cumplir con los siguientes criterios, como se detalla en el Cuadro I:

Cuadro I. Criterios de selección para usuarias

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión	Criterios de Eliminación
-Mujeres puérperas con 6 o más horas de descanso luego de haber tenido un parto vaginal.	-Mujeres que se nieguen a firmar el consentimiento informado.	-Mujeres que atravesaron su trabajo de parto y parto en el contexto de la Ley Provincial de Aborto no Punible.
-Mujeres puérperas con 12 o más horas de descanso luego de haberle practicado cirugía cesárea.	-Mujeres que por su estado de salud no se encuentren en condiciones apropiadas para contestar el cuestionario.	-Mujeres con feto muerto y retenido.
-Haber accedido a la firma del consentimiento informado.		-Mujeres con hijo nacido vivo y con posterior óbito.

7.2.3 Recolección de la información. Instrumento

Se utilizó un cuestionario de respuestas de opción cerrada para realizar la recolección de la información en las usuarias. Previamente se realizó una prueba piloto en población con características similares y su posterior corrección.

Para su aplicación en las mujeres, se solicitó con anterioridad la firma del permiso institucional (Ver anexo 1) y la firma del consentimiento informado por parte de las usuarias (Ver anexo 2), autorizados por el Comité de Bioética del Instituto Nacional de Salud Pública de México. También se entregó a la institución la carta de confidencialidad para investigadores firmada por la tesista (Ver anexo 3).

El cuestionario se aplicó en la sala de puérperas a pie de cama, de lunes a domingo en el horario de la tarde, teniendo en cuenta las rutinas del servicio. La mayoría de las mujeres con parto vaginal permanecieron internadas en esta sala por 48 horas, y las que tuvieron cirugía cesárea por 72 horas, lo que favoreció la

posibilidad del contacto con cada una. La duración aproximada para el llenado del cuestionario fue de 20 minutos.

Se indagó a las usuarias sobre sus antecedentes personales, obstétricos, factores relacionados a la violencia obstétrica durante el trabajo de parto, parto y puerperio, y conocimiento sobre derechos reproductivos incluyendo a la violencia obstétrica. El cuestionario estuvo compuesto por 63 preguntas, basado en estudios previos como la encuesta de atención al parto/cesárea del Observatorio de Violencia Obstétrica Argentina (OVO)¹⁹, la encuesta sobre violencia obstétrica de la maternidad Concepción Palacios, Caracas- Venezuela, y la Ley Nacional N° 25.929 de Parto Humanizado. Fue dividido en 4 secciones (Ver anexo 4):

- Antecedentes personales (6 ítems)
- Antecedentes obstétricos (12 ítems)
- Factores relacionados con la Violencia Obstétrica durante el trabajo de parto, parto y puerperio (35 ítems)
- Conocimiento sobre derechos reproductivos- Violencia Obstétrica (10 ítems)

Se definieron seis componentes de violencia de acuerdo al marco teórico: abandono, discriminación, trato indigno, falta de privacidad, falta de consentimiento informado, y abuso físico. Cada componente estuvo integrado por un número variable de indicadores de tipo cualitativos politómicos, cuantitativos discretos y escala de Likert. A partir de cada indicador se creó una nueva variable con dos categorías, donde la existencia de una sola situación de violencia ya sería clasificada como presencia de violencia, asignándole el valor de 1, y su ausencia, el valor 0. De esta manera se evaluó la violencia obstétrica según tipo. Para el análisis por etapa de nacimiento (trabajo de parto, parto y puerperio), se realizó el mismo proceso y también se dicotomizó en: presencia de violencia obstétrica =1 y ausencia de violencia obstétrica= 0, lo que permitió evaluar la violencia obstétrica en cada momento del nacimiento.

Posteriormente se sumaron todos los indicadores (115), resultando en un score de violencia obstétrica el cual representó el número de situaciones violentas experimentadas. El mismo fue dicotomizado en violencia obstétrica global presente =1 /ausente=0. A continuación se detallan las variables por componente, etapa y total:

Etapa Componente			
	Trabajo de parto (37 variables)	Parto (41 variables)	Puerperio inmediato (37 variables)
Abandono (18 variables)	-Acompañamiento familiar -Cuidados del proveedor	-Acompañamiento familiar -Cuidados del proveedor -Expulsión del feto en ausencia del proveedor	-Control signos vitales -Control hemorragia -Control tono uterino -Recomendaciones -Pautas de alarma
	Por características de la	Por características de la	Por características de la

Discriminación (18 variables)	usuaria: -Adolescente -Soltera/sola -Multípara -Baja escolaridad -Ama de casa -Presencia de patología previa	usuaria: -Adolescente -Soltera/sola -Multípara -Baja escolaridad -Ama de casa -Presencia de patología previa	usuaria: -Adolescente -Soltera/sola -Multípara -Baja escolaridad -Ama de casa -Presencia de patología previa
Trato indigno (31 variables)	-Comentario irónico/descalificador -Usar sobrenombres -Crítica por gritar/llorar -Ordenar callarse -Impedir preguntar -Impedir deambular/ beber/ alimentarse - Apurar trabajo de parto -Sentirse humillada -Sentirse amenazada -Sentirse culpable	-Comentario irónico/descalificador -Usar sobrenombres -Crítica por gritar/llorar -Ordenar callarse -Impedir preguntar -Impedir selección de posición de parto -Apurar parto - Corte precoz de cordón -Impedir contacto inmediato con su hijo -Impedir amamantar -Sentirse humillada -Sentirse amenazada -Sentirse culpable	-Comentario irónico/descalificador -Usar sobrenombres -Ordenar callarse -Impedir preguntar -Impedir contacto inmediato con su hijo -Sentirse humillada -Sentirse amenazada -Sentirse culpable
Falta de privacidad (3 variables)	-Cuidado de su intimidad	-Cuidado de su intimidad	-Cuidado de su intimidad
Falta de consentimiento informado (34 variables)	Solicitud de permiso para: -enema -tricotomía perineal -amniorrexis -colocación vía endovenosa -administración oxitocina Explicación del proceso: -enema -tricotomía perineal -amniorrexis -colocación vía endovenosa -administración oxitocina Claridad de la explicación: -enema -tricotomía perineal -amniorrexis -colocación vía endovenosa -administración oxitocina	- Explicación motivos de cesárea -Firma consentimiento informado por escrito Solicitud de permiso para: -Episiotomía -Maniobra Kristeller -Legrado -Sutura episiotomía/desgarro Explicación del proceso: -Episiotomía -Maniobra de Kristeller -Legrado -Sutura episiotomía/desgarro Claridad de la explicación: -Episiotomía -Maniobra de Kristeller -Legrado -Sutura episiotomía/desgarro	Solicitud de permiso para: -Control signos vitales -Control hemorragia -Control tono uterino Explicación del proceso: Control signos vitales -Control hemorragia -Control tono uterino Claridad de la explicación: -Control signos vitales -Control hemorragia -Control tono uterino
Abuso físico	-Número de tactos vaginales	-Episiotomía sin justificación	

(11 variables)	-Número de proveedores que realizaron tacto vaginal por usuaria -Tricotomía perineal -Enema -Amniorrexis -Vía endovenosa sin justificación -Administración de oxitocina sin justificación	-Maniobra de Kristeller -Legrado sin anestesia -Sutura episiotomía/desgarro sin efecto de anestesia	
TOTAL			115 variables

En la Tabla 1 se observa la operacionalización de la variable dependiente violencia obstétrica.

Tabla 1. Operacionalización de la variable dependiente.

VARIABLE DEPENDIENTE: VIOLENCIA OBSTETRICA						
Definición:” aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos delas mujeres, expresado en un trato deshumanizado, un abuso de la medicalización y patologización de los procesos naturales”						
Abandono	Discriminación	Trato indigno	Falta de privacidad	Falta de consentimiento informado	Abuso físico	INDICE COMPONE NTE
Dejar sola a la usuaria descuidando su atención	Trato diferencial discriminatorio por etnia, idioma, condición cultural, económica, edad, ocupación	Humillación, culpabilización, amenazas regaño, gritos	Sin privacidad física ni auditiva	Ausencia de información Prácticas sin consentimiento Informado: cesárea, uso de oxitócico, episiotomía	Golpe, palmada, pellizco, cesárea/ episiotomía injustificadas. enema, tricotomía, maniobra de Kristeller, legrado o sutura sin anestesia	DEFINICIO NES
TP:25, 26	TP: 29	TP:24,27,28	TP: 23,	TP: 20, 21,22	TP: 17,18,19	CUESTIONARIO Pregunta Nº
P:40,41,42	P:45	P:39,43,44	P:38	P:31,32,33,35,36,37	P:34	
Pu:46,50,53,54	Pu:56	Pu: 52,55	Pu: 51	Pu:47,48,49		
ESCALA DE LA VARIABLE VIOLENCIA OBSTETRICA Dicotómica. 0=No Violencia 1=Si Violencia La presencia de 1 solo componente ya se considera violencia obstétrica.						
INDICADOR DE VIOLENCIA OBSTETRICA Prevalencia de violencia obstétrica en el servicio de obstetricia del Hospital Zonal Adolfo Margara según la opinión de las mujeres encuestadas						
FORMULA DEL INDICADOR Nº de mujeres encuestadas con violencia obstétrica / Nº total de mujeres encuestadas						

Abreviaturas. TP= Trabajo de parto. P=Parto. Pu= Puerperio

7.2.4 Captura y análisis de la información

Las encuestas aplicadas a las usuarias se capturaron en Programa Excel y se analizaron a través del Programa STATA 12.0. Se realizaron tres tipos de análisis:

1. Primero, un análisis descriptivo univariado, mediante el cálculo de prevalencias, basado en el cuestionario aplicado a las usuarias, posterior a su último parto. Éste se compuso de:

.Antecedentes personales: edad, educación, estado civil, etnia, ocupación

.Antecedentes obstétricos: paridad, abortos previos, vías de parto, planificación y control de embarazo, antecedentes patológicos.

.Situaciones de violencia obstétrica durante el trabajo de parto, parto y puerperio: intervenciones clínicas y quirúrgicas, solicitud de consentimiento informado, trato interpersonal, respeto de sus derechos reproductivos.

.Conocimiento sobre derechos reproductivos: violencia obstétrica, Ley Nacional N° 25.929 de Parto Humanizado, mecanismo de denuncia de violencia, organismos gubernamentales de apoyo a las mujeres víctimas de violencia.

2. Segundo, estimación de la prevalencia de violencia obstétrica percibida por las usuarias.

3. Tercero, un análisis bivariado mediante la prueba t de Student, para estimar la asociación entre el score de violencia obstétrica y las características personales y obstétricas de las usuarias.

7.3 FASE I. Apartado Proveedores

7.3.1 Descripción y tamaño de muestra

Para la selección de los proveedores, se escogieron a todos aquellos que trabajaban en el servicio de obstetricia de la maternidad del Hospital Zonal Adolfo Margara, relacionados de forma directa con la atención del parto, trabajo de parto o puerperio.

El grupo estuvo constituido por enfermeras, parteras, médicos obstetras y médicos residentes que se encontraban presentes en dicho servicio entre enero y febrero de 2017. La muestra quedó conformada por 30 proveedores.

7.3.2. Criterios de selección

Para poder participar del estudio, los profesionales debieron cumplir con los siguientes criterios de selección como se detalla en el Cuadro II:

Cuadro II. Criterios de selección para proveedores

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión	Criterios de Eliminación
- Proveedores de ambos sexos, de planta o contratados en el Sistema Público de Salud del Hospital Zonal Adolfo Margara - Participación activa y relación directa con las usuarias durante el trabajo de parto y/o parto y/o puerperio inmediato. - Haber accedido a la firma de consentimiento informado	- Proveedor que se niegue a firmar el consentimiento informado	- Proveedor que no participe en la atención del trabajo de parto, parto y puerperio de manera directa y/o que no se relacione con la usuaria - Proveedor que conteste menos del 80% de la encuesta

7.3.3. Recolección de la información. Instrumento para proveedores.

Se utilizó un cuestionario autoadministrado de tipo cerrado para realizar la recolección de la información en los proveedores. Con anterioridad se realizó una prueba piloto en población con características similares y su posterior corrección.

Previo a ser entregado a los proveedores para su llenado, se solicitó la firma del permiso institucional (Ver anexo 1), y la firma del consentimiento informado por parte de cada profesional (Ver anexo 5), autorizados por el Comité de Bioética del INSP. También se entregó a la institución la carta de confidencialidad para investigadores firmada por la tesista (Ver anexo 3).

El cuestionario fue entregado a los proveedores por la tesista, en el servicio de obstetricia donde éstos desarrollan sus actividades laborales, de lunes a domingo dentro del horario habitual de trabajo. La recolección del cuestionario fue realizada por la tesista el mismo día de la entrega, posterior a su llenado y teniendo en cuenta las actividades de los proveedores. La duración aproximada de su realización fue de 20 minutos. Con esta dinámica se logró la participación del total de proveedores elegibles.

Se indagó a los proveedores sobre sus antecedentes personales, académicos, laborales, de conocimientos, actitudes y prácticas en el trabajo de parto, parto y puerperio, derechos sexuales y reproductivos incluyendo la violencia obstétrica.

El cuestionario estuvo conformado por 39 preguntas, basado en estudios previos³⁸ y la Ley Nacional N° 25.929 de Parto Humanizado. Fue dividido en 5 secciones (Ver anexo 6):

- Antecedentes personales (3 ítems)
- Características laborales (9 ítems)
- Conocimientos (11 ítems)
- Actitudes (6 ítems)
- Prácticas durante el trabajo de parto, parto y puerperio (10 ítems)

Los componentes conocimientos, actitudes y prácticas de los proveedores relacionadas al parto humanizado, estuvieron compuestos por un número determinado de indicadores de tipo cualitativos, cuantitativos discretos y

escala de Likert. A partir de cada indicador se creó una nueva variable con dos categorías: cumple con la ley de parto humanizado=0, no cumple con la ley de parto humanizado=1. Posteriormente se sumaron los indicadores en cada componente, y éstos se expresaron también de forma dicotomizada (Cumple =0, No cumple=1). En la Tabla 9 se detallan las variables por cada componente, y en la Tabla 10 la operacionalización de los componentes.

Tabla 9. Variables correspondientes a los conocimientos, actitudes y prácticas de los proveedores

COMPONENTE	VARIABLE
CONOCIMIENTOS 14 variables	-Derechos Reproductivos: Ley de Salud Sexual y Reproductiva, Ley de prevención de violencia contra la mujer, mecanismo de denuncia de violencia obstétrica, organismos gubernamentales de protección de víctimas de violencia, protocolo de atención del embarazo y parto. -Ley de Parto Humanizado: recibió capacitación formal en derechos reproductivos, Estrategia de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, prevención de violencia obstétrica. -Violencia obstétrica: conocimiento del término, conocimiento sobre quien/es pueden ejercerla.
ACTITUDES 27 variables	-Autonomía de la usuaria: Considera la elección de prácticas de la mujer, solicita autorización para prácticas, solicita consentimiento informado, permite acompañamiento en parto y cesárea, permite deambulación/alimentación/bebida, permite elegir posición de parto, permite amamantar en sala de parto, permite contacto inmediato madre-hijo. -Trato interpersonal con usuaria: violencia obstétrica como problema de salud, explicación previa a la intervención, cuidado de la intimidad, no discrimina, trata con respeto. -Presenciar violencia hacia la usuaria: disposición para denunciar, reconocimiento del maltratador, realización de denuncia, testigo de maltrato.
PRÁCTICAS 19 variables	-Trabajo de parto: cantidad de tactos, enema, tricotomía perineal, amniorrexis, vía endovenosa de rutina, oxitocina de rutina, sonda vesical de rutina. -Parto: cesárea justificada, consentimiento informado para cesárea, episiotomía de rutina, maniobra de Kristeller, legrado sin anestesia, sutura sin efecto previo o sin anestesia, manejo activo del alumbramiento, corte de cordón umbilical. -Puerperio: control de signos vitales, control sangrado uterino, control tono uterino.

Tabla 10. Operacionalización de variables independientes

VARIABLE INDEPENDIENTE: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LOS PROVEEDORES				
Definición: características de los proveedores que permiten comprender mejor el motivo de su proceder				
Conocimientos	Actitudes	Prácticas	INDICE COMPONENTE	
Conjunto de información almacenada por el proveedor, a través de la experiencia o aprendizaje sobre: Derechos reproductivos, Ley de Parto Humanizado Violencia obstétrica	Creencia de tipo emocional, motivacional, perceptiva y cognitiva que influencia positiva o negativamente el comportamiento o práctica del proveedor frente a la usuaria sobre: Respeto de su autonomía, trato interpersonal, reacción frente a una situación de violencia	Realización continua de una actividad relacionada con el trabajo de parto, parto y puerperio en el contexto de su atención	DEFINICIONES	
DR:13,15,17,18,21,22,23	Au:27,32,33,35,37	TP:30,31,	CUESTIONARIO	Pregunta Nº
LPH:19,20,	TI:24,32,35,37	P:33,34		
VO:14,16	PV:25,38,29	Pu:36		
ESCALA DE LA VARIABLE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS				
Ordinal. 0=Cumple 1= No cumple				
INDICADOR DE VARIABLE INDEPENDIENTE				
Prevalencia de conocimientos, actitudes y prácticas, acordes al a Ley de Parto Humanizado, en el servicio de obstetricia del Hospital Zonal Adolfo Margara según la opinión de los proveedores encuestados,				
FORMULA DEL INDICADOR				
Nº de proveedores encuestados con cada nivel de conocimientos, actitudes y prácticas / Nº total de proveedores encuestados				

Abreviaturas: DR= Derechos Reproductivos. LPH= Ley de Parto Humanizado. VO= Violencia Obstétrica. Au=Autonomía. TI=Trato interpersonal. PV=Presencia Violencia. TP= Trabajo de Parto. P= Parto. Pu= Puerperio

7.3.4 Captura y análisis de la información

Las encuestas realizadas a los proveedores se capturaron en Programa Excel y se analizaron a través del Programa STATA 12.0. Se realizaron tres tipos de análisis:

1. Análisis descriptivo univariado, mediante el cálculo de prevalencias, basado en el cuestionario aplicado a los proveedores, que se compuso de:

.Antecedentes personales: sexo, edad, nivel de educación alcanzado

.Características laborales: ocupación, años de experiencia, carga horaria, sector de salud público o privado, antecedentes de maltrato laboral.

Conocimientos: sobre Violencia Obstétrica, Ley Nacional N° 25.929 de Parto Humanizado, mecanismos de denuncia, organismos de apoyo a las mujeres víctima de violencia, capacitación formal recibidas, normas y protocolos institucionales.

Actitudes: consideración de la Violencia Obstétrica, reacción frente a su ocurrencia, valoración de la autonomía de la usuaria, responsabilidad de la ocurrencia de Violencia Obstétrica.

.Prácticas durante el trabajo de parto, parto y puerperio: intervenciones clínicas y quirúrgicas, interacción con la usuaria, solicitud de consentimiento informado, denuncias por violencia obstétrica realizadas.

2. Análisis de las características de los proveedores, se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas al parto humanizado.
3. Análisis bivariado mediante la prueba t de Student para estimar la asociación entre los conocimientos, actitudes y prácticas y las características personales y laborales de los proveedores.

8. Resultados

8.1 Apartado usuarias

El total de mujeres internadas en la sala de puerperio del servicio de obstetricia en la Maternidad del Hospital Zonal Adolfo Margara durante enero a marzo del 2017 fue de 182, pero participaron respondiendo el cuestionario 146 (80,2%) usuarias. Las 36 (19,8%) mujeres restantes no participaron por no cumplir con alguno de los criterios de selección.

Las mujeres participantes tuvieron su parto vía vaginal o por cesárea en diferentes horarios del día, abarcando los 7 días de la semana, por lo que el 100% de los proveedores que trabajan en el equipo de obstetricia, lograron relacionarse con ellas a lo largo de este período.

8.1.1 Descripción por tipo de análisis. Análisis univariado.

Se realizó a partir de las características de las usuarias: sus antecedentes personales, obstétricos y situaciones de violencia obstétrica, de acuerdo a lo expresado por ellas.

A) Características de las usuarias.

La mayoría de las mujeres atendidas provenían del área urbana y sólo una de cada diez refirió residir en el área rural.

En relación a la edad, 16.4% (24) fueron adolescentes de 14 a 19 años, y una proporción similar refirió ser madre sola o separada de su pareja, al momento del parto. La mayoría accedió a la escuela secundaria (69,9%, 102), sin embargo, siete de cada diez de ellas no la finalizó. Los dos tercios de las usuarias refirieron ser amas de casa, sin ninguna otra ocupación fuera del hogar.

Respecto de la historia reproductiva, cuatro de cada diez mujeres eran primíparas. Del total de usuarias, la mitad tuvo su primer hijo durante la adolescencia, y tres de cada diez tuvieron una cesárea previa. El 58.2% (85) de las mujeres no planificó su último embarazo.

En cuanto a este último embarazo, casi la totalidad tuvo consultas prenatales, y más de la mitad lo hizo de manera temprana (antes de la semana 13 de gestación); nueve de cada diez mujeres tuvieron cinco o más controles en total. Casi la totalidad controló su embarazo dentro del sistema público de salud. Dentro de las patologías presentes durante el embarazo, las más frecuentes estuvieron asociadas a infecciones agudas como urinaria o vaginal (30,8%, 45), y en segundo lugar la obesidad (15,8%, 23). A continuación se muestra en la Tabla 2 las características personales y obstétricas de las usuarias según su prevalencia.

Tabla 2. Antecedentes personales y obstétricos de las usuarias (n=146)

Características	Frecuencia	%
Edad (años)		
14	1	0,7
15-19	23	15,8
20-24	54	36,9
25-29	34	23,4
30-34	20	13,7
35-39	10	6,8
>= 40	4	2,7

Escolaridad	primaria	23	15,7
	secundaria	102	69,9
	terciario/universitario	21	14,4
Estado civil	unión estable/casada	123	84,3
	separada/sola	23	15,7
Pueblo originario	No	141	96,6
	si	5	3,4
Residencia	rural	18	12,3
	urbana	128	87,7
Ocupación	ama de casa	91	62,3
	trabaja fuera de casa y /o estudia	55	37,7
Embarazos totales	1	56	38,3
	>= 2	90	61,7
Mortinato previo (n=90)	no	62	68,9
	si	28	31,1
Edad (años) de 1er hijo	<=19	79	54,1
	20-35	67	45,9
Cesáreas totales	0	104	71,2
	>= 1	42	28,8
Planificación embarazo	no	85	58,2
	si	61	41,8
Controló el embarazo	no	2	1,4
	si	144	98,6
Institución donde controló	centro de salud/hospital	139	96,5
	consultorio/clínica privada	5	3,5
Semanas embarazo al 1er control	<13	85	58,2
	13 a 24	52	35,6
	>= 25	9	6,2
nº controles embarazo	0 a 4	12	8,2
	>=5	134	91,8
Embarazada con hipertensión arterial	no/desconoce	131	89,7
	si	15	10,3
Embarazada con diabetes	no/desconoce	141	96,6
	si	5	3,4
Embarazadas con obesidad	no	123	84,3
	si	23	15,7
Embarazada con hemorragia	no	130	89,1
	si	16	10,9
Embarazada con infección	no	101	69,2
	si	45	30,8
Embarazada con otra patología*	no	125	85,6
	si	21	14,4

*Patología preexistente de la usuaria. Ejemplo: asma bronquial, lupus, hipotiroidismo, eccema dérmico etc.

B) Situaciones de violencia obstétrica en la usuaria.

Durante el trabajo de parto.

A siete de cada diez mujeres se le realizaron tres o más tactos, mayor cantidad que lo recomendado por la OMS⁴⁷, si se tiene en cuenta que el promedio de tiempo de su estadía en el hospital durante el trabajo de parto fue de 6 horas. De acuerdo a la indicación de la frecuencia de realización de tactos, la OMS recomienda un máximo de 1 cada 4 horas⁵². En 74.5% (105) de las usuarias el tacto fue practicado por dos o más proveedores, con un máximo de 7 proveedores distintos.

A ninguna mujer le realizaron enema en coincidencia con las recomendaciones actuales, y al 5,5% (8) le realizaron tricotomía perineal, sin solicitarle permiso previo a la mitad de ellas, ni explicarle el motivo de su realización a más de la mitad. A seis de cada diez mujeres le practicaron amniorrexis de rutina, sin su autorización verbal y sin explicación del motivo. Casi la totalidad tuvo colocada una vía endovenosa, sin solicitarle autorización verbal a seis de cada diez, ni explicarles el motivo. A siete de cada diez le administraron oxitocina endovenosa, sin solicitar su autorización verbal previa, ni explicar los motivos por los cuales se la aplicaban.

La mayoría de las mujeres (86,3%,126), refirieron haberse sentido cuidadas en su intimidad por parte de los profesionales que las atendieron. En cuanto al trato recibido por parte de los proveedores, lo más frecuente (57.6%, 84), fue no nombrar a las usuarias por su nombre, haciéndolo con sobrenombres o adjetivos diminutivos. No obstante, una proporción mucho menor se sintió humillada o amenazada, y al menos a una de cada diez mujeres, los proveedores la hicieron sentir culpable por haber hecho algo incorrecto que podría haber perjudicado al bebé. Al menos dos mujeres de cada diez, se sintieron solas o descuidada por el proveedor.

Al 8,2% (12) de las mujeres no le permitieron estar acompañadas por alguien de su elección en la sala de trabajo de parto y al 15,7% (23) no le permitieron caminar, beber o alimentarse durante el trabajo de parto. El 7,5% (11) de las usuarias percibió que no contó con el tiempo suficiente para hacer su trabajo de parto como lo esperaba.

Según la percepción de las mujeres el 12,5% (3) de las adolescentes, expresaron que habían recibido falta de cuidados y/ malos tratos a causa de su edad, el 16,7% (15) a causa de su multiparidad, y 0,9% (1) por ser ama de casa. A continuación se muestran en la Tabla 3 las características de la atención durante el trabajo de parto.

Tabla 3. Características de la atención durante el trabajo de parto (n=146)

Práctica	Valor	n	Prevalencia
Nº tactos	0	5	3,4
	1 a 2	38	26,0
	>=3	103	70,6
Nº proveedores distintos que realizaron tacto	1	36	25,5
	>=2	105	74,5
Enema	no	145	99,3
	no recuerda	1	0,7
Tricotomía			
<i>Realizada</i>	no	137	93,8
	si	8	5,5
	no recuerda	1	0,7
<i>Solicitud para realizar</i>	no	4	50,0
	si	4	50,0
<i>Explicación</i>	no	3	37,5
	si	5	62,5
Amniorrexia			
<i>Realizada</i>	no	56	38,36
	si	90	61,64
<i>Solicitud para realizar</i>	no	57	63,3
	si	33	36,7
<i>Explicación</i>	no	29	32,6
	si	60	66,7
	no recuerda	1	0,7
Vía endovenosa			
<i>Realizada</i>	no	3	2,05
	si	143	97,95
<i>Solicitud para realizar</i>	no	90	62,9
	si	53	37,1
<i>Explicación</i>	no	38	26,6
	si	104	72,7
	no recuerda	1	0,7
Oxitocina endovenosa			
<i>Realizada</i>	no	39	26,7
	si	103	70,5
	no recuerda	4	2,8
<i>Solicitud para</i>	no	66	64,1

<i>realizar</i>	si	37	35,9
<i>Explicación</i>	no	23	22,6
	si	79	76,7
	no recuerda	1	0,7
Claridad de explicación	muy clara/clara	98	67,1
	poco/nada clara/	14	9,5
	no recuerda	34	23,4
Cuidada en su intimidad	siempre	126	86,3
	casi nunca/nunca/ casi siempre	20	13,7
Recibió comentarios irónicos	siempre/casi siempre/casi nunca	8	5,5
	nunca	138	94,5
La llamaron por sobrenombres	siempre /casi siempre	84	57,6
	nunca	62	42,4
Recibió críticas por gritar /llorar	siempre/casi siempre/casi nunca	23	15,7
	nunca	123	85,3
Le ordenaron callarse	siempre/casi siempre/casi nunca	27	18,4
	nunca	119	81,6
Le impidieron hacer preguntas	siempre/ casi siempre/ casi nunca	5	3,4
	nunca	141	96,6
Le impidieron caminar-beber-alimentarse	siempre /casi siempre/casi nunca	23	15,7
	nunca	123	85,3
Le permitieron acompañamiento	no	12	8,2
	si	132	90,4
	no contesta	2	1,4
Quedarse sola/descuidada	siempre/casi siempre/casi nunca	33	22,6
	nunca	113	77,4
Sentirse humillada	casi siempre/casi nunca	4	2,7
	nunca	142	97,3
Sentirse amenazada	casi siempre/casi nunca	11	7,6
	nunca	135	92,4
Sentirse culpable	siempre/casi siempre/casi nunca	24	16,4
	nunca	122	83,6
Proveedor respetó su tiempo	siempre/casi siempre/casi nunca	133	91,1
	nunca	11	7,5
	no contesta	2	1,4
Maltratada por adolescente (n=24)	no	21	87,5
	si	3	12,5

Maltratada por soltera (n=23)	no	23	100,0
Maltratada por múltipara (n=90)	no	75	83,3
	si	15	16,7
Maltratada por baja escolaridad	no	101	100,0
Maltratada por ama de casa (n=117)	no	116	99,1
	si	1	0,9
Maltratada por patología (n=74)	no	71	95,9
	si	3	4,1

Durante el parto.

El 23,3% (34) de las mujeres tuvieron a su último hijo por cirugía cesárea, recibiendo en todos los casos la explicación del motivo por el cual les sería practicada. La mitad de las cesáreas se debieron a trabajo de parto prolongado, falta de dilatación o desproporción pélvico fetal; el 5.9% (2) de las usuarias no otorgaron su consentimiento informado por escrito para realizar la cirugía. La mayoría de las mujeres que atravesaron por una cirugía cesárea, debieron permanecer sin una persona de su elección en el quirófano.

Durante el parto, siete de cada diez mujeres tuvieron a su último hijo por vía vaginal, y a todas se les permitió estar acompañadas por alguna persona de su elección en la sala de partos. Al 8.9% (10) de éstas se les practicó episiotomía sin solicitarles su autorización previa. La mitad de ellas recibió una explicación clara del motivo por el cual debían realizarla. Casi un tercio de las mujeres con episiotomía y/o desgarros perineales, refirieron haber percibido dolor durante la sutura pese a que se utilizó anestesia en el procedimiento. La maniobra de Kristeller fue realizada a dos de cada diez mujeres, con ausencia de autorización previa de más de la mitad de ellas, ni explicación de la práctica que se les realizó.

Ninguna de las mujeres con parto vaginal, tuvo opción de elegir la posición deseada, ya que por normativa todas debían realizarlo en el sillón de parto. En todos los casos se produjo en posición ginecológica. Producido el nacimiento en casi un tercio de los casos no se respetó el tiempo oportuno del corte del cordón umbilical, una de cada diez madres no pudieron tener contacto inmediato con su hijo y a nueve de cada diez usuarias no le permitieron iniciar la lactancia dentro de la sala de partos. Aun así, ocho de cada diez mujeres refirieron que siempre o casi siempre le brindaron el tiempo adecuado que ellas necesitaban para hacer su parto.

El 81,5% (119) de las mujeres respondieron haberse sentido cuidadas en su intimidad siempre durante el parto. El 50% (73) de ellas, fueron llamadas por sobrenombres o adjetivos diminutivos como “gordita”, “mamita”. Una de cada diez mujeres reportó que los proveedores le hicieron sentir culpable por haber hecho algo incorrecto que podría haber perjudicado al bebé. Si bien la totalidad de las mujeres al momento de parir contaron siempre con la presencia del proveedor, el 2.1% (3) se sintió descuidada.

La información sobre falta de cuidados y malos tratos que las mujeres atribuyeron a condiciones propias como edad, multiparidad o haberse embarazado cuando tenían una condición previa, fue reportada por una minoría. A continuación se muestran en la Tabla 4 las características de la atención durante el parto.

Tabla 4. Características de la atención durante el parto (n=146)

Práctica	Valor	n	Prevalencia
Vía de atención del parto	vaginal	112	76,7
	cesárea/cesárea programada	34	23,3
Cesáreas			
<i>Explicación del motivo</i>	si	34	100,0
<i>Causas</i>	cesárea anterior/otra causa	10	29,4
	para realizar ligadura de trompas	3	8,8
	enfermedad materna	4	11,8
	trabajo de parto prolongado /falta dilatación/desproporción céfalo-pélvica	17	50,0
<i>Solicitud de consentimiento escrito</i>	no	2	5,9
	si	30	88,2
	no recuerda	2	5,9
Episiotomía			
<i>Realizada</i>	no	102	91,1
	si	10	8,9
<i>Solicitud para realizar</i>	no	10	100,0
<i>Explicación</i>	no	5	50,0
	si	5	50,0
<i>Claridad de explicación</i>	muy clara/clara	5	50,0
	Sin dato	5	50,0
<i>Sutura sin efecto de anestesia local</i>	no	79	70,5
	si	33	29,5
<i>Explicación sutura</i>	no	9	27,3
	si	24	72,7
<i>Claridad en la explicación para realizar la sutura</i>	muy clara/clara	23	95,8
	no estoy segura	1	4,2
Kristeller			
<i>Realizada</i>	no	90	80,4
	si	22	19,6
<i>Solicitud para</i>	no	15	69,6

<i>realizar</i>	si	7	30,4
<i>Explicación</i>	no	5	22,7
	si	17	77,3
<i>Claridad de explicación</i>	muy clara/clara	13	59,1
	poco/nada clara	4	18,2
Legrado sin anestesia	no	111	99,1
	si	1	0,9
Cuidada en su intimidad	siempre	119	81,5
	casi siempre/casi nunca/nunca	27	18,5
Recibió comentarios irónicos	siempre / casi siempre/casi nunca	7	4,8
	nunca	139	95,2
La llamaron por sobrenombres	siempre /casi siempre	73	50,0
	nunca	73	50,0
Recibió críticas por gritar y/o llorar	siempre /casi siempre/casi nunca	12	8,2
	nunca	131	89,7
	no contesta	3	2,1
Le ordenaron callarse	siempre /casi siempre/casi nunca	20	13,7
	nunca	126	86,3
Le impidieron hacer preguntas	siempre /casi siempre/casi nunca	10	6,9
	nunca	136	93,1
Le impidieron elegir posición parto	siempre	108	96,4
	no estoy segura/ nunca	4	3,6
Le impidieron contacto inmediato con bebe	siempre /no estoy segura	14	9,6
	nunca	132	90,4
Le impidieron amamantar en sala de parto	siempre /casi siempre/casi nunca	126	86,3
	nunca	20	13,7
Corte de cordón precoz	siempre /no estoy segura	34	30,3
	nunca	78	69,7
Se sintió descuidada	no	142	97,3
	si	3	2,1
	no recuerda	1	0,6
Situación al nacimiento	atendida por personal	146	100,0
Le permitieron acompañamiento	no	33	22,6
	si	113	77,4
Se sintió humillada	casi siempre/casi nunca	3	2,1
	nunca	143	97,9
Se sintió amenazada	siempre /casi siempre/casi nunca	5	3,4
	nunca	141	96,6
Se sintió culpable	casi siempre/ casi nunca	17	11,6
	nunca	129	88,4
Respetaron su tiempo	siempre	112	76,7
	Casi siempre/casi nunca/nunca	34	23,3

	no contesta	11	7,6
Maltrato por ser adolescente	no	22	91,7
	si	2	8,3
Maltrato por ser soltera	no	23	100,0
Maltrato por múltipara	no	80	88,9
	si	10	11,1
Maltrato por baja escolaridad	no	99	100,0
Maltrato por desocupación	no	141	100,0
Maltrato por enfermedad preexistente	no	65	97,0
	si	2	3,0

Durante el puerperio inmediato.

Las mujeres reportaron en su mayoría que recibieron controles de salud posteriores al parto para evaluar su estado de salud. Informaron que se tomaron sus signos vitales (frecuencia cardíaca, tensión arterial y temperatura corporal), pérdidas hemáticas y contracción uterina. Sin embargo, sólo la mitad indicó que les solicitaron permiso para poder realizarlo, y sólo 20% tuvo una explicación acerca de la práctica. Más del 97% de las mujeres que recibieron la explicación, refirieron que ésta fue clara o muy clara.

El 61,6%(90) de las mujeres se sintieron siempre cuidadas en su intimidad mientras se las examinaba o frente a otras personas. En el trato recibido por parte de los proveedores, destaca que tres de cada diez mujeres no fueron llamadas por su nombre, sino por adjetivos diminutivos como “gordita” o “mamita”. Muy pocas se sintieron humilladas, amenazadas o culpables de haber hecho algo incorrecto que pudiese haber perjudicado a su bebé.

Casi la totalidad de las madres pudo tener contacto inmediato con su hijo/a en la sala de puerperio. A nueve de cada diez usuarias no les permitieron estar acompañadas por una persona de su elección en cualquier momento del día. Por disposición del hospital solo pudieron estar acompañadas en horario fijo por la tarde una hora diaria de lunes a viernes, y dos horas durante el fin de semana. Las únicas que pudieron estar acompañadas por mayor cantidad de horas al día, fueron las mujeres adolescentes.

Con respecto a las indicaciones impartidas a las puérperas en relación al cuidado de su salud y la de sus hijos/as, aproximadamente 75% (109) de las mujeres las recibieron (tiempo de reposo previo a la deambulaci3n, alimentaci3n, higiene perineal, pautas de alerta para control profesional inmediato, t3cnicas para amamantar). Sin embargo, la prevalencia disminuy3 con la asesoría de métodos anticonceptivos (27,4%,40), control de vacunaci3n (52,7%, 77), y entrega de turno programado para primer control de puerperio posterior al alta de la maternidad (11%,16).

Según la percepción de las mujeres, una escasa proporción (adolescentes y multíparas) expresó que había recibido falta de cuidados y/ malos tratos. A continuación se muestran en la Tabla 5 las características de la atención durante el puerperio.

Tabla 5. Características de la atención durante el puerperio (n=146)

Práctica	Valor	n	Porcentaje
Control de signos vitales			
<i>Realizado</i>	no	14	9,6
	si	132	90,4
<i>Solicitud para realizar</i>	no	75	56,8
	si	57	43,2
<i>Explicación</i>	no	48	36,4
	si	84	63,7
<i>Claridad de explicación</i>	muy clara/clara	82	97,6
	nada clara	2	2,4
Vigilancia del sangrado			
<i>Realizado</i>	no	12	8,2
	si	134	91,8
<i>Solicitud para realizar</i>	no	67	50,0
	si	67	50,0
<i>Explicación</i>	no	35	26,1
	si	99	73,9
<i>Claridad de explicación</i>	muy clara/clara	97	98,0
	poco clara/ nada clara	2	2,0
Vigilancia del tono uterino			
<i>Realizado</i>	no	7	4,8
	si	139	95,2
<i>Solicitud para realizar</i>	no	72	51,8
	si	67	48,2
<i>Explicación</i>	no	28	20,1
	si	111	79,9
<i>Claridad de explicación</i>	muy clara/ clara	108	97,3
	poco clara/ nada clara	3	2,7
Indicación de hacer reposo	no	39	26,7
	si	106	72,6
	no recuerda	1	0,7

Indicación sobre su alimentación	no	37	25,3
	si	108	74,0
	no recuerda	1	0,7
Indicación sobre su higiene perineal	no	17	11,6
	si	128	87,7
	no recuerda	1	0,7
Explicación para amamantar al hijo	no	33	22,6
	si	112	76,7
	no recuerda	1	0,7
Consejería sobre uso de método anticonceptivo	no	105	71,9
	si	40	27,4
	no recuerda	1	0,7
Control de vacunación durante embarazo	no	68	46,5
	si	77	52,7
	no recuerda	1	0,7
Indicación sobre pautas de alerta durante la recuperación	no	66	45,2
	si	80	54,8
Recibió turno control de puerperio	no	130	89,0
	si	16	11,0
Se sintió cuidada en su intimidad	siempre	90	61,6
	casi siempre/casi nunca/nunca	55	37,7
	no contesta	1	0,7
Recibió comentarios irónicos	siempre/ casi siempre/ casi nunca	5	3,4
	nunca	141	96,6
La llamarla por sobrenombres	siempre/ casi siempre/ casi nunca	44	30,1
	nunca	102	69,9
El proveedor le impidió manifestar emoción/dudas	siempre/ casi siempre/ casi nunca	7	4,8
	nunca	138	95,2
El proveedor le impidió realizar preguntas	casi siempre/ casi nunca	5	3,4
	nunca	141	96,6
Impedirle contacto con bebe	casi siempre/ casi nunca	3	2,1
	nunca	143	97,9
Se sintió descuidada	no	121	82,8
	si	23	15,8
	no contesta	2	1,4
El proveedor le permitió tener acompañamiento	no	131	89,73
	si	15	10,27
Se sintió humillada	casi siempre/ casi nunca	5	3,4
	nunca	141	96,6
Se sintió amenazada	siempre/ casi siempre/ casi nunca	4	2,7
	nunca	142	97,3
Se sintió culpable	siempre/ casi siempre/ casi nunca	4	2,74
	nunca	138	94,52

Recibió maltrato por ser adolescente	no	23	95,8
	si	1	4,2
Recibió maltrato por ser soltera	no	23	100,0
Recibió maltrato por ser múltipara	no	88	97,8
	si	2	2,2
Recibió maltrato por tener baja escolaridad	no	99	100,0
Recibió maltrato por ser ama de casa	no	141	100,0
Recibió maltrato por contar con diagnóstico de patología preexistente	no	67	100,0

C) Conocimiento de las usuarias sobre sus derechos reproductivos y violencia obstétrica

Más del 80% de las usuarias no reconoció la existencia de alguna ley argentina que proteja los derechos reproductivos de las mujeres durante el trabajo de parto, parto y puerperio. Al indagar expresamente sobre la existencia de la Ley Nacional de Parto Humanizado, ocho de cada diez mujeres no la conocía. Igual proporción desconocía el significado del término “violencia obstétrica”. Expresaron desconocer el cómo denunciar algún maltrato si les hubiera sucedido en el hospital. Sólo 15 mujeres expresaron conocer el mecanismo de denuncia, pero al preguntarles cómo debían hacerlo, más de la mitad dieron una respuesta equivocada. Menos de dos mujeres de cada diez, no estaban dispuestas a realizar una denuncia aunque sufriera algún tipo de maltrato por parte del proveedor de los servicios de salud. El resto sí lo haría (81,5%, 119) si conociera la forma correcta para realizarla.

El 63% (92) de las usuarias refiere conocer la existencia de organismos nacionales y provinciales que apoyan a las mujeres víctima de violencia. A continuación se muestran en la Tabla 6 los conocimientos sobre derechos reproductivos de las usuarias.

Tabla 6. Conocimiento de las usuarias sobre derechos reproductivos y violencia obstétrica (n=146)

Práctica	Valor	n	Porcentaje
Conoce ley de derechos sobre Salud Sexual y Reproductiva	no/ no está segura	130	89,0
	si	16	11,0
Conoce la ley de parto respetado	no/no está segura	115	78,8
	si	31	21,2
Conoce termino de violencia Obstétrica	no/ no está segura	118	80,8
	si	28	19,2
Conoce como denunciar maltrato por el personal de salud	no/no está segura	131	89,7
	si	15	10,3
Conoce el mecanismo de denuncia (n=15)	conoce/ conoce parcialmente	6	40,0
	desconoce	9	60,0
Dispuesta a denunciar	no/ no está segura	27	18,5
	si	119	81,5
Conoce los organismos de apoyo	no/ no está segura	54	37,0

8.1.2 Análisis del score de violencia obstétrica.

Se realizó por cada uno de sus 6 componentes (abandono, discriminación, trato indigno, falta de privacidad, falta de consentimiento informado y abuso físico), y en cada una de las fases del nacimiento (trabajo de parto, parto y puerperio), arrojó los siguientes resultados, como se observa en la Tabla 7:

Tabla 7. Score de violencia obstétrica por componente y fase de nacimiento (n=146)

	Total variable s	Media	DS	% por componente	DS
Por componente					
Abandono	18	5.42	2.49	30.13	13.83
Discriminación	18	0.28	0.61	1.56	3.43
Trato indigno	31	5.05	2.92	16.30	9.43
Falta privacidad	3	0.068	0.25	2.28	8.44
Falta consentimiento informado	34	7.04	6.1	20.70	17.96
Abuso físico	11	3.99	1.52	36.30	13.90
Por etapa de nacimiento					
Trabajo de parto	37	9.93	5.62	26.86	15.20
Parto	41	4.34	2.35	10.60	5.74
Puerperio	37	7.10	3.68	19.21	9.94
Total	115	21.86	8.87	19.01	7.72

Los componentes de violencia obstétrica reportados por las mujeres, son en primer lugar el abuso físico, continuando con menor prevalencia el abandono, y en tercer lugar, la falta de consentimiento informado. Se observa que el trabajo de parto, es la etapa donde se muestra una mayor vulneración de las mujeres. Todas las mujeres atravesaron situaciones de violencia obstétrica, con un rango de 7 a 42 situaciones de violencia sobre un total de 115.

8.1.3 Análisis bivariado.

Entre los antecedentes personales de las usuarias en relación con la violencia obstétrica, se observó que las mujeres adolescentes hasta los 19 años de edad, presentaron violencia obstétrica de manera significativamente mayor (Media=26.25, Error Estándar =1.7828), que las mujeres jóvenes y adultas (Media=21.00, Error Estándar = 0.7861, $t(144) -2.7050$, $p<0.007$).

Para el análisis del resto de las características: ocupación, educación, estado civil, etnia, lugar de residencia y paridad no se presentaron diferencias estadísticamente significativas. En la Tabla 8, se muestran las características de las usuarias en relación con la violencia obstétrica.

Tabla 8. Relación entre violencia obstétrica y características de las usuarias (n=146)

	n	Media	DE	p
EDAD				
14-19 años	24	26.25	8.7339	0.0077
>19 años	122	21.00	8.6836	
OCUPACION				
Ama de casa	91	20.98	8.6685	0.1265
Trabaja y/o estudia	55	23.30	9.1122	
EDUCACION				
Completa	47	20.70	8.9610	0.2779
Incompleta	99	22.41	8.8317	
ESTADO. CIVIL				
Sola	23	20.52	8.0332	0.4318
En pareja	123	22.11	9.0365	
ETNIA				
Aborígen	5	25.00	8.8600	0.4233
No aborígen	141	21.75	8.8907	
RESIDENCIA				
Urbana	128	21.79	9.0339	0.8113
Rural	18	22.33	7.9038	
PARIDAD				
<=2 hijos	93	21.78	8.6046	0.8887
>=3 hijos	53	22.00	9.4237	
PATOLOGIA PREVIA				
Presencia	88	21.73	8.7329	0.8357
Ausencia	58	22.05	9.1697	

8.2 Apartado proveedores

El total de proveedores que se encontraba trabajando en el servicio de obstetricia en la Maternidad del Hospital Zonal Adolfo Margara durante enero y febrero del 2017 fue de 32, pero participaron respondiendo el cuestionario 30 (93.7%) profesionales. Los 2 proveedores restantes, no participaron por no cumplir con alguno de los criterios de selección. El grupo estuvo integrado por 14 enfermeras, 5 médicos obstetras, 4 médicos residentes, y 7 parteras.

8.2.1 Descripción por tipo de análisis. Análisis univariado

Análisis descriptivo a partir de las características de los proveedores constituidas por sus antecedentes personales, laborales y formativos.

A) Características de los proveedores

El 90% (27) de los proveedores eran mujeres y la mitad tenía entre 36 a 45 años. Más del 80% alcanzaron un nivel de educación universitario y el resto terciario. La profesión más frecuente entre los proveedores estuvo representada por enfermeras (46,7%,14).

Se observaron tres grupos de similar proporción con respecto a la cantidad de años de experiencia profesional, aunque levemente mayor en aquellos con menor o igual a los cinco años. Seis de cada diez trabajaba de forma exclusiva en el sistema público de salud y cerca de la mitad de ellos lo hacía con una carga horaria de entre 30 y 36 horas semanales. Casi el 60% (18) de los profesionales realizaba una sola guardia semanal de 12 horas de duración. Un cuarto de los proveedores refirió percibir que la cantidad de horas trabajadas por semana era excesiva, notando cambios por agotamiento en el último año, en mayor proporción de su rendimiento físico (75%, 6), y en menor proporción cambios a nivel intelectual (25%, 2) y emocional (25%, 2).

Durante su formación como profesional realizando prácticas médicas, un cuarto de los proveedores refirieron haber recibido maltrato emocional por parte de su superior y uno de cada diez, maltrato verbal. Ninguno refirió recibir maltrato físico. Durante el último año en su trabajo habitual, 13% (4) de los proveedores refirieron haber recibido maltrato emocional por parte de un jefe o un compañero, y una proporción similar maltrato verbal. Ninguno refirió haber recibido maltrato físico. A continuación se observan en la Tabla 11 las características de los proveedores.

Tabla 11. Características personales y laborales de los proveedores (n=30)

Característica	Valor	n	Porcentaje
Sexo	Femenino	27	90,0
	Masculino	3	10,0
Edad (años)	25-30	7	23,3
	31-35	3	10,0
	36-40	7	23,3
	41-45	7	23,3
	46-50	4	13,4
	>50	2	6,7
Nivel educativo	Terciario	5	16,9
	Universitario/Posgrado	25	83,3
Profesión	Médico/a obstetra	5	16,1
	Enfermera	14	46,7
	Médico/a residente	4	12,9
	Partera	7	22,6

Experiencia	≤ 5	12	40,0
Profesional (años)	6 a 10	9	30,0
	>10	9	30,0

Características del trabajo

<i>Lugar</i>	Público	19	63,3
	Público y privado	11	36,7
<i>Horas por semana</i>	< 30	6	20,0
	30-36	14	46,7
	>36	10	33,3
<i>Nº de guardias por semana</i>	1	18	58,1
	2	5	16,1
	> 2	7	22,6
<i>Duración de la guardia (horas)</i>	≤ 12	20	66,6
	>12	10	33,3

Percepción sobre carga horaria

<i>Excesivo</i>	No	22	73,3
	Si	8	26,7
<i>Alteración del rendimiento físico</i>	No	2	25,0
	Si	6	75,0
<i>Alteración del rendimiento intelectual</i>	No	6	75,0
	Si	2	25,0
<i>Alteración emocional</i>	No	6	75,0
	Si	2	25,0

Características de maltrato recibido

<i>Verbal, del superior en formación</i>	Casi nunca	3	10,0
	Nunca	27	90,0
<i>Emocional, del superior en formación</i>	Casi nunca	8	26,6
	Nunca	22	73,3
<i>Físico, del superior en formación</i>	Nunca	30	100,0
<i>Verbal, del compañero o superior</i>	Casi nunca	3	10,0
	Nunca	27	90,0
<i>Emocional, del compañero o superior</i>	Casi nunca	4	13,3
	Nunca	26	86,6
<i>Físico, del compañero o superior</i>	Nunca	30	100,0

B) Conocimientos, actitudes y prácticas de los proveedores

1. Conocimientos

La mitad de los proveedores (46,6%, 14), refirieron tener conocimiento sobre el marco legal normativo argentino referido a derechos reproductivos y la violencia obstétrica, sin embargo cuando se solicitó que dichas leyes fueran nombradas, la mitad de los que decían conocerlas, lo hicieron de forma incorrecta, nombrando leyes distintas. El 90% (27) de los proveedores reconocieron que cualquier agente de salud podía ejercer violencia obstétrica en la maternidad.

El 76,6% (23) refirió desconocer el mecanismo para hacer una denuncia en caso de violencia obstétrica. Siete de cada diez desconocían los organismos gubernamentales argentinos capaces de brindar ayuda a las mujeres víctimas de violencia obstétrica.

Se observa que durante los últimos dos años, el 66,6% (20) de los proveedores no recibieron capacitación formal en el servicio sobre derechos reproductivos o violencia obstétrica (nueve de cada diez), aunque aproximadamente la mitad recibió capacitación en la Estrategia de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

Menos de la mitad de los proveedores, reconoció la existencia en el servicio de un protocolo sobre la atención de la mujer durante el trabajo de parto, parto y puerperio. De los que refirieron conocerlo, solo el 30,7% (4) aseguraron que poseía algún apartado referido a la calidad de atención desde la perspectiva de los derechos reproductivos y las leyes que lo respaldan, y el 15,4% (2), afirmaron que fue de difícil acceso para consulta, por lo que en los últimos 6 meses solo un tercio de quienes refieren su existencia lo pudieron consultar.

A continuación se observan en la Tabla 12 los conocimientos de los proveedores.

Tabla 12. Conocimientos de los proveedores (n=30)

Característica	Valor	n	Porcentaje
Ley sobre derechos reproductivos			
<i>Conoce</i>	No	8	26,7
	si	14	46,6
	estoy en duda	8	26,7
<i>Nombra correctamente</i>	si	7	50
	No	7	50
Violencia obstétrica			
<i>Conoce el término</i>	No	3	10,0
	si	26	86,6
	estoy en duda	1	3,4
<i>Conoce la ley</i>	No	9	30,3
	si	15	50,0
	estoy en duda	6	20,0

<i>Nombra la ley correctamente</i>	si	8	57,15
	no	6	42,85
Responsable de ejercer violencia			
<i>Médico</i>	si	30	100,0
<i>Enfermero</i>	si	30	100,0
<i>Partera</i>	si	30	100,0
<i>Cualquier proveedor</i>	no	3	10,0
	si	27	90,0
Mecanismo de denuncia			
<i>Lo conoce</i>	no	23	76,6
	si	2	6,7
	estoy en duda	5	16,7
<i>Lo describe correctamente</i>	si	1	50
	no	1	50,0
Organismos públicos de protección para la víctima			
<i>Conoce</i>	No	22	73,3
	si	3	10
	estoy en duda	5	16,7
<i>Nombra correctamente</i>	si	3	100
	no	0	0
Recibió capacitación en:			
<i>Derechos reproductivos</i>	No	20	66,6
	si	8	26,7
	estoy en duda	2	6,7
<i>Maternidades Seguras y CF</i>	No	14	46,7
	si	14	46,7
	estoy en duda	2	6,7
<i>Prevención de Violencia Obstétrica</i>	No	27	90,0
	si	2	6,7
	estoy en duda	1	3,3
Protocolo de atención del parto			
<i>Conoce su existencia</i>	No	13	43,3
	si	13	43,3
	estoy en duda	4	13,4
<i>Incluye derechos reproductivos</i>	estoy en duda	9	69,3
	si	4	30,7
<i>Tiene</i>	siempre/ casi siempre	8	61,5

<i>Accesibilidad</i>	nunca	2	15,4
	estoy en duda	3	23,1
<i>Consultó en últimos 6 meses</i>	0 veces	9	69,2
	1 o más veces	4	30,8

2. Actitudes

Prácticamente nueve de cada diez proveedores consideraron que el maltrato a una mujer embarazada en los servicios de salud constituye un problema de salud, y un tercio reconoció haber sido testigo en algún momento dentro del hospital de dicho maltrato a la mujer, que fue ejercido por un profesional de la salud. Sin embargo, ninguno está seguro de que realizaría la denuncia al presenciarla. Para que la mujer padeciera maltrato en la institución, más de la mitad de los proveedores consideraron en primer término como responsable, al funcionamiento del hospital y al equipo de salud, a la infraestructura hospitalaria, y a la familia de la usuaria; 10% (3) consideró a la usuaria como responsable. Con respecto al respeto de la autonomía de la usuaria, el 30% (9) de los proveedores no está de acuerdo o está en duda de que las mujeres puedan decidir sobre la realización de algunas prácticas sobre su cuerpo.

Durante el trabajo de parto, 100% (30) de los proveedores refirieron cuidar la intimidad de las embarazadas al realizar los procedimientos o evaluarlas, les permitieron deambular, beber y alimentarse, y permanecer siempre acompañadas por una persona de confianza. Antes de realizarles prácticas a las usuarias, el 80% (24) de los proveedores refirieron solicitar su autorización siempre o casi siempre, y casi la totalidad les explicó cómo se realizaría dicho procedimiento. Nueve de cada diez proveedores evitó siempre o casi siempre discriminar a la usuaria por su condición o características personales, y 100% (30) refirió tratarlas con respeto.

Durante el parto, un tercio de los proveedores refirió realizar siempre la cirugía cesárea solo cuando estaba medicamente justificada, y 60% (18) accedieron a realizarla cuando la usuaria lo solicitó aunque no tuviese indicación médica precisa. Para realizar la intervención cesárea, ocho de cada diez solicitaron siempre el consentimiento informado por escrito. Si bien solo el 6,7% (2) de los proveedores permitieron a las usuarias estar acompañadas por alguien de su confianza en el quirófano, para el parto por vía vaginal la prevalencia de profesionales que permitió el acompañamiento fue del 86,7% (26). Solo la mitad refirió dar a elegir a la usuaria la posición de parto y/o realizó manejo activo del alumbramiento. El 80% (24) aseguró favorecer la lactancia materna dentro de la sala de partos. La totalidad aseguró que cuidó siempre o casi siempre la intimidad de la usuaria y solicitaron su autorización verbal antes de la realización de determinadas prácticas y explicaron previamente en que consistirían.

Durante el puerperio inmediato, los proveedores refirieron comunicarse con las usuarias solicitando autorización verbal antes de la realización de las distintas prácticas y ofreciendo una explicación de cómo serían realizadas. El 100% (30) afirmó cuidar la intimidad de las usuarias durante su evaluación o ejecución de prácticas. Cuatro de cada diez proveedores aseguraron que no se permite el acompañamiento de la usuaria en

la sala de puerperio. La mayoría (93,3%, 28) evitó discriminar a la usuaria debido a su condición o características personales y la totalidad refirió tratarlas con respeto. Ningún proveedor/a realizó denuncia por haber presenciado maltrato hacia la usuaria durante su permanencia en esta sala. A continuación se detalla en la Tabla 13 las actitudes de las y los proveedores de salud.

Tabla 13. Actitudes de los proveedores (n=30)

Característica	Valor	n	Porcentaje
Maltrato			
<i>Lo considera problema de salud</i>	No	3	10,0
	si	26	86,7
	estoy en duda	1	3,3
<i>Dispuesto a denunciarlo</i>	si	19	63,3
	estoy en duda	11	36,7
Testigo de maltrato			
<i>Presenció</i>	No	19	63,4
	si	10	33,3
	estoy en duda	1	3,3
<i>Realizado por partera</i>	no	4	36,3
	si	7	63,7
<i>Realizado por médico/a</i>	no	4	36,3
	si	7	63,7
<i>Realizado por enfermero/a</i>	no	5	45,4
	si	6	54,6
<i>Realizado por el/la residente</i>	no	7	63,7
	si	4	36,3
El responsable del maltrato es:			
<i>Usuaría</i>	algún grado de acuerdo	3	10
	en desacuerdo	25	83,3
	no contesta	2	6,7
<i>Equipo de salud</i>	algún grado de acuerdo	10	33,3
	en desacuerdo	13	43,3
	no contesta	7	23,4
<i>Familia de usuaria</i>	algún grado de acuerdo	13	43,3
	en desacuerdo	15	50,0
	no contesta	2	6,7
<i>Organización hospitalaria</i>	algún grado de acuerdo	15	50,0
	en desacuerdo	13	43,3

	no contesta	2	6,7
<i>Infraestructura hospitalaria</i>	algún grado de acuerdo	15	50
	en desacuerdo	14	46,7
	no contesta	1	3,3
Considera importante que la mujer decida algunas prácticas	No/estoy en duda	9	30,0
	si	21	70,0

Durante el Trabajo de parto

<i>Solicita autorización para prácticas</i>	siempre/ casi siempre	24	80,0
	Casi nunca/nunca	6	20,0
<i>Explica prácticas</i>	siempre/ casi siempre	29	96,7
	Casi nunca/nunca	1	3,3
<i>Cuida intimidad de usuaria</i>	siempre/ casi siempre	29	96,7
	Casi nunca/nunca	1	3,3
<i>Permite estar acompañada por familiar</i>	siempre/ casi siempre	30	100,0
<i>Permite deambulación de la mujer</i>	siempre/ casi siempre	30	100,0
<i>Permite beber y alimentarse</i>	siempre/ casi siempre	30	100,0
<i>Evita discriminar a la mujer</i>	siempre/ casi siempre	28	93,3
	Casi nunca/nunca	2	6,7
<i>Trata con respeto</i>	siempre/ casi siempre	30	100,0

Durante el parto

<i>Accede a cesárea cuando piden</i>	casi siempre/casi nunca/	18	60,0
	nunca	8	26,6
	no contesta	4	13,4
<i>Solicita consentimiento informado</i>	siempre	25	83,4
	casi siempre	1	3,3
	no contesta	4	13,3
<i>Explica beneficios del parto vaginal</i>	siempre	22	73,3
	casi siempre/ Casi nunca/nunca	5	16,7
	no contesta	3	10,0
<i>Permite compañía en cesárea</i>	siempre/ casi siempre	2	6,7
	casi nunca/nunca	24	80,0
	no contesta	4	13,3

<i>Permite compañía en parto vaginal</i>	siempre/ casi siempre	26	86,7
	casi nunca	1	3,3
	no contesta	3	10,0
<i>Permite elegir posición de parto</i>	siempre/ casi siempre	17	56,7
	casi nunca/nunca/	10	33,3
	no contesta	3	10,0
<i>Cuida la intimidad de la usuaria</i>	siempre/ casi siempre	30	100,0
<i>Solicita autorización para realizarle prácticas</i>	siempre/ casi siempre	29	96,7
	casi nunca	1	3,3
<i>Explica prácticas</i>	siempre/ casi siempre	30	100,0
<i>Favorece la lactancia en sala de parto</i>	siempre/ casi siempre	24	80,0
	casi nunca	5	16,7
	no estoy seguro	1	3,3

Durante el puerperio inmediato			
<i>Solicita autorización para realizarle prácticas</i>	siempre/ casi siempre	27	90,0
	casi nunca	2	6,7
	no estoy seguro	1	3,3
<i>Explica las prácticas</i>	siempre/ casi siempre	30	100,0
<i>Cuida la intimidad de la usuaria</i>	siempre /casi siempre	30	100,0
<i>Permite estar acompañada por familia</i>	siempre /casi siempre	17	56,7
	casi nunca/nunca	13	43,3
<i>Evita discriminar a la mujer</i>	siempre /casi siempre	28	93,3
	casi nunca/nunca	2	6,7
<i>Trata con respeto</i>	siempre /casi siempre	30	100,0

3. Prácticas

Trabajo de Parto

El 100% de los proveedores cuya función incluía realizar tactos, refirió hacerlo a la usuaria cada vez que lo consideró conveniente. La totalidad no consideró oportuna la realización de enema, ni tricotomía perineal, ni colocación de sonda vesical de manera rutinaria. En cambio, sí se realizaron de manera rutinaria otras prácticas invasivas, como la amniorrexia, colocación de vía endovenosa y la aplicación de oxitocina. A continuación se muestran en la Tabla 14 las prácticas de los proveedores durante el trabajo de parto.

Tabla 14. Prácticas de los proveedores durante el trabajo de parto (n=30)

Característica	Valor	n	Porcentaje
Realización de tacto	cada hora/cada 4 horas	0	0
	cuando creyó conveniente	19	63,33
	no realizo/no es su función	11	36,67
Realización enema	no	30	100,0
Realización tricotomía perineal	no	27	90,0
	si	3	10,0
Realización amniorrexis	no	18	60,0
	si	12	40,0
Colocación de vía endovenosa	siempre/ casi siempre	29	96,7
	nunca	1	3,3
Aplicación de oxitocina	siempre/ casi siempre	25	83,3
	casi nunca/nunca	5	16,7
Colocación sonda vesical	no	29	96,7
	si	1	3,3

Parto

La mayoría de los proveedores negó haber realizado de rutina prácticas invasivas no justificadas o indebidas como la maniobra de Kristeller, episiotomía, legrado o sutura de desgarros perineales sin anestesia. Se observó que el 43,3% (13), realizaron manejo activo del alumbramiento, y en su totalidad refirieron haber cortado oportunamente el cordón umbilical. A continuación se detallan en la Tabla 15 las prácticas de los proveedores según su opinión durante el parto.

Tabla 15. Prácticas de los proveedores durante el parto (n=30)

Característica	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Indicación de cesárea justificada	siempre	10	33,3
	casi siempre /Casi nunca/nunca	16	53,3
	no contesta	4	13,4
Realiza episiotomía de rutina	no	27	90,0
	no contesta	3	10,0
Realiza maniobra de Kristeller de rutina	no	26	86,7
	si	1	3,3
	no contesta	3	10,0
Realiza legrado sin anestesia	no	27	90,0
	no contesta	3	10,0
Realiza sutura sin efecto anestesia	no	27	90,0
	no contesta	3	10,0
Realiza manejo activo alumbramiento	no	14	46,7
	si	13	43,3
	no contesta	3	10,0

Corta el cordón luego de	siempre/ casi siempre	29	96,7
poner al bebe al pecho materno	nunca	1	3,3

Puerperio Inmediato

La totalidad de los proveedores refirieron realizar siempre el control de tono uterino y hemorragia post parto con una menor prevalencia del control de signos vitales. A continuación se muestra en la Tabla 16, las prácticas realizadas por los proveedores durante el puerperio.

Tabla 16. Prácticas de los proveedores durante el puerperio inmediato (n=30)

Características	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Realizó control signos vitales	no	5	16,7
	si	25	83,3
Realizó control de sangrado	si	30	100,0
Supervisó tono uterino	si	30	100,0

8.2.2 Análisis por componentes

El análisis de los componentes conocimientos actitudes y prácticas mostró la siguiente información, según se muestra en la Tabla 17:

Tabla 17. Prevalencia de componentes conocimientos, actitudes y prácticas de proveedores

Componentes	Total variables	Media	DS	% POR COMPONENTE
Conocimientos	14	9.66	1.98	69.00
Derechos reproductivos	5	3.66	1.34	73.20
Ley parto humanizado	4	2.76	1.13	69.00
Violencia obstétrica	5	3.23	0.43	64.60
Actitudes	27	8.58	3.30	31.77
Autonomía	13	4.7	1.76	36.15
Trato interpersonal	11	2.13	2.01	19.36
Presenciar violencia	3	1.7	0.79	56.6
Prácticas	19	5.53	1.56	29.1
Trabajo de Parto	7	2.83	1.01	40.42
Parto	9	2.53	1.52	28.11
Puerperio	3	0.16	0.37	5.33

Con respecto a los conocimientos en general sobre derechos reproductivos, los proveedores manejaban entre 6 y 12 ítems para un total de 14, observándose menor conocimiento para violencia obstétrica. Dentro de las actitudes, dos tercios de los profesionales no conocían aquellas consideradas dentro de la Ley de Parto Humanizado, presentando la menor prevalencia en el área del trato interpersonal. Dentro del componente Prácticas, solo un tercio de los proveedores refería estar en consonancia con la ley; la mayor deficiencia se encontró durante el puerperio.

8.2.3 Análisis bivariado.

En relación a los antecedentes personales y laborales de los proveedores, y su relación con los componentes conocimientos, actitudes y prácticas, se observó que dentro del componente Actitudes se encontró una relación estadísticamente significativa con respecto a la cantidad de años de experiencia profesional que tenían. Aquellos con 5 o menos años de experiencia presentaron una mejor actitud hacia las usuarias relacionada a los derechos reproductivos (Media=10.16, Error Estándar =3.5376), que aquellos que presentaban seis o más años de experiencia (Media=7.44, Error Estándar= 2.7272, $t(28) 2.3783$, $p<0,0245$). Lo mismo sucedió con respecto a la edad de los proveedores, donde se observó que aquellos con menos o igual a 30 años, presentaron una mejor actitud relacionada a los derechos reproductivos de las usuarias (Media=11.1, Error Estándar= 3.7606), comparados con los de 31 o más años de edad (Media = 7.7, Error Estándar= 2.7833, $t(28) 2.6114$, $p<0.0143$).

En los componentes Conocimientos y Prácticas, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con respecto a las características de los proveedores. A continuación se presentan las Tablas 18, 19 y 20 que muestran la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas con las características personales y laborales de los proveedores.

Tabla 18. Relación entre Conocimientos y características de los proveedores (n=30)

	n	Media	DE	p
SEXO				
Varón	3	9.33	2.5166	0.7655
Mujer	27	9.70	1.9770	
EDAD				
≤30 años	7	10.28	2.2146	0.3559
≥31 años	23	9.47	1.9275	
EDUCACIÓN				
Técnico	5	10	1.8708	0.6888
Universitario	25	9.6	2.0412	
EXPERIENCIA				
≤5 años	12	9.75	1.9128	0.8551
≥6 años	18	9.61	2.0902	
OCUPACIÓN				
Partera/enfermera	21	10	1.8973	0.1645

Médico obstetra/residente	9	8.88	2.0883
---------------------------	---	------	--------

Tabla 19. Relación entre Actitudes y características de los proveedores (n=30)

	n	Media	DE	p
SEXO				
Varón	3	7	3.46	0.4070
Mujer	27	8.7	3.31	
EDAD				
≤30 años	7	11.1	3.7606	0.0143
≥31 años	23	7.7	2.7833	
EDUCACION				
Técnico	5	7.8	2.9495	0.5961
Universitario	25	8.68	3.4122	
EXPERIENCIA				
≤5 años	12	10.16	3.5376	0.0245
≥6 años	18	7.44	2.7272	
OCUPACION				
Partera/enfermera	21	8.38	2.8892	0.7071
Médico obstetra/residente	9	8.88	4.3140	
HORAS TRABAJO/SEM ANA				
≤40	22	8.72	3.5480	0.6032
≥41	8	8.00	2.6726	

Tabla 20. Relación entre Prácticas y características de los proveedores (n=30)

	n	Media	DE	p
SEXO				
Varón	3	4.33	2.5166	0.1667
Mujer	27	5.66	1.4411	
EDAD				
≤30 años	7	5.4285	1.3972	0.8443
≥31 años	23	5.5652	1.6466	
EDUCACION				
Técnico	5	6.2	1.6431	0.3064
Universitario	25	5.4	1.5545	
EXPERIENCIA				
≤5 años	12	5.83	1.4668	0.4022
≥6 años	18	5.33	1.6449	
OCUPACION				

Partera/enfermera	21	5.76	1.4458	0.2294
Médico obstetra/residente	9	5.00	1.8027	
HORAS TRABAJO/SEM ANA				
≤40	22	5.81	1.4682	0.1000
≥41	8	4.75	1.6690	

9. Discusión

Se reconoce que la violencia obstétrica se encuentra instaurada e invisibilizada en las instituciones de salud que atienden a las mujeres. Sin bien existen normas jurídicas que protegen sus derechos reproductivos, la eficacia de la norma está regida por las dificultades que existen para transformar la sensibilidad ética (lo que está bien y lo que está mal), de quienes tienen la responsabilidad de la garantía de la ley (Segato, 2010).

Entre el 78 y 89% de las usuarias de este estudio desconocen la ley argentina sobre derechos reproductivos, la ley de parto humanizado y el término violencia obstétrica. Esta es una de las causas considerada por Canevari²¹, por la que las mujeres se subordinan al proveedor, postergan sus necesidades y no demandan sus derechos. Al mismo tiempo, la mitad de los proveedores no conoce o está en duda acerca de la ley sobre derechos reproductivos y la ley de prevención de la violencia contra la mujer, solo pueden nombrarlas adecuadamente la mitad de ellos. Los datos sobre conocimiento y capacidad de nombrarlas, coinciden con los hallazgos de Faneite⁴⁸ quien refiere que un porcentaje mayor conoce la ley de prevención de violencia contra la mujer (87%), pero solo la mitad la nombra correctamente. Canevari aduce también que los médicos poseen un desconocimiento alarmante de las leyes vigentes, y que no demuestran ningún interés por conocer los derechos de las mujeres, aunque si expresan una gran preocupación por los juicios de mala praxis. Con respecto al conocimiento sobre el término de violencia obstétrica, en nuestro estudio el 87% de los profesionales refiere conocerlo y el 90% indica que cualquier integrante del equipo de salud puede ejercerla, coincidente con lo que Faneite reporta: nueve de cada diez lo conoce y ocho de cada diez opina que puede ser ejercido por cualquiera del equipo.

Casi la totalidad de las mujeres –nueve de cada diez- desconoce cómo denunciar maltrato, y aun si hubiese sido víctima de maltrato en el hospital, el 18% no estaría dispuesta a hacerlo. Canevari también observó esta situación que refiere, puede deberse al temor por la represalia en el contexto de la relación desigual de poder entre usuaria y proveedor. Nueve de cada diez proveedores en nuestro estudio, refiere desconocer el mecanismo de denuncia de violencia, y de los que dicen conocerlo, solo la mitad es capaz de nombrarlo correctamente, coincidiendo también con lo encontrado por Faneite, aunque en una proporción algo menor. Lo mismo se observa respecto de los organismos públicos de protección para la víctima: 90% de los proveedores los desconoce al igual que en el estudio de Faneite, aunque en una menor proporción.

Un tercio de los proveedores presenciaron maltrato a una embarazada, y mencionaron al médico y partera como principales responsables, seguidos de las enfermeras, coincidiendo estos hallazgos nuevamente con los de Faneite.

En cuanto al trato interpersonal con el proveedor durante el trabajo de parto, al menos la mitad de las mujeres fueron llamadas por sustantivos o adjetivos diminutivos como “mamita”, “gordita” en lugar de usar su nombre. Como lo expresa Canevari, al hacerlo en un marco institucional, el infantilizar marca una distancia de poder aclarando así quien tiene la autoridad. Ábalos⁴⁹ cita el proyecto “Argentina cuenta la violencia machista”, realizado a través de una encuesta nacional en 2016, y refiere que la mitad de las mujeres reporta que han recibido este trato en las instituciones de salud. Una proporción similar es mencionada en el estudio realizado por Riego Azuara en Boca del Río- Veracruz, México.⁵⁰

La violencia ejercida también generó que las mujeres indicaran que se sintieron culpables de “no haber hecho las cosas bien”, aunque en una proporción menor al informe del Índice Nacional de Violencia Machista y del estudio realizado en México. Canevari explica que a las multíparas las tildan de “rebeldes y desobedientes”, cuando en realidad ellas no se entregan con facilidad, porque ya conocen el proceso.

A nueve de cada diez mujeres le permitieron estar acompañadas por alguien de su elección durante el trabajo de parto, lo que contrasta positivamente con los datos reportados por Ábalos para hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires, donde 4% al 66% pudo estar acompañada. Una situación similar ocurrió con la deambulación durante su trabajo de parto: a 15% no se lo permitieron mientras que Índice Nacional de Violencia Machista indicó que el promedio país era prácticamente el doble (30%), y en el estudio de Riego Azuara la proporción escaló a la mitad de las mujeres.

Con respecto a las prácticas, Canevari describe que la mujer se transforma en un cuerpo para ser analizado y sometido a tecnología, sin que sus necesidades e inquietudes merezcan atención, y que en la distribución desigual del poder, aparece un mecanismo de subordinación, permitiendo que decidan por ella. En esa línea, a seis de cada diez no le solicitaron autorización verbal para colocarle la vía endovenosa, administrarle oxitocina endovenosa o practicarle amniorraxis, aunque 80% de los proveedores refiere que solicitan autorización previo a realizar la práctica.

Se observó una alta prevalencia (70%) de tactos vaginales con mayor frecuencia que lo recomendado por la OMS. Como lo manifiestan Canevari y Bohren³⁴, ésta es una práctica frecuente y sin consentimiento que constituye parte de la medicalización de las intervenciones. La alta frecuencia de colocación de vía endovenosa y el manejo del tiempo del trabajo de parto con oxitocina endovenosa, coinciden con lo presentado por Abalos y Riego Azuara, donde al menos la mitad de las mujeres son medicadas de esta manera. Los datos son algo diferentes para la amniorraxis, dado que el presente estudio presentó una prevalencia del 62%, mientras que en el de Riego Azuara fue de 25%. No obstante, casi nueve de cada diez mujeres del presente estudio refieren que le fueron respetados sus tiempos psicológicos y biológicos, lo que podría interpretarse como normalización de la práctica y/o invisibilización del problema.

En relación al trato interpersonal usuaria/ proveedor durante el parto en el presente estudio, las mujeres refirieron que a la mitad la llamaron por sobrenombres (“gordita”, “mamita”, “corazón”). También, aunque con una baja prevalencia, les realizaron comentarios irónicos o chistes, recibieron críticas por gritar o llorar, y les impidieron hacer preguntas. Estos hallazgos coinciden con los del Índice Nacional de Violencia Machista que reporta prevalencias mayores, al igual que lo que se observa en México.

Si bien a la casi totalidad de las mujeres que tuvieron parto vaginal les permitieron estar acompañadas, esto no ocurrió para las que tuvieron cesárea, ya que por “disposición del servicio” no se permite el ingreso al quirófano. Dicha información concuerda con lo expresado por los proveedores. En su revisión, Ábalos encuentra un elevado subregistro de esta información en las historias clínicas hospitalarias de la provincia de Buenos Aires. Las barreras o impedimentos se observaron también al elegir la posición de parto, aunque más de la mitad de los proveedores refirió permitirlo. Tal como reporta Ábalos, entre el 56% y 58% no pudo elegirla, a pesar de las recomendaciones internacionales sobre el beneficio que reporta al binomio madre-hijo. Como señala Canevari, la posición se elige para favorecer al operario y no para la mujer. Sorprende que respecto de la episiotomía, la prevalencia fue baja coincidente con Riego Azuara y contrasta con lo que muestra Ábalos.

Respecto de las prácticas realizadas al recién nacido, los resultados coinciden con lo reportado por Ábalos: uno de cada diez recién nacidos por parto vaginal, recibió ligadura inmediata del cordón umbilical. Al mismo tiempo, se observan diferencias respecto del contacto inmediato con su bebé al nacimiento, que fue más frecuente en este estudio, que en lo observado por Ábalos y Riego Azuara.

La frecuencia de realización de cesáreas es similar a la observada en hospitales públicos de la República Argentina en 2015 y dobla la recomendación de la OMS que indica que no debiera superar el 15%.

Canevari indica en su estudio que la atención se centra en el parto y que el éxito está representado por el proceso biológico que resulte en el nacimiento de un niño vivo y sano. Luego la atención se centra en el recién nacido y no en las mujeres quienes muchas veces quedan exhaustas y con sensación de abandono. Esta consideración condice con nuestro hallazgo respecto de que 9 de cada 10 mujeres no estuvo acompañada en el puerperio.

Como se indicó al inicio de la sección, los hallazgos del presente estudio -si bien exploratorio- corroboran lo reportado por estudios locales y de otros países de América Latina: la prevalencia de violencia obstétrica es importante, adquiere diversas manifestaciones, se presenta en los distintos momentos del ciclo reproductivo y su identificación como tal en términos normativos y de mecanismos de denuncia es dificultosa por parte de usuarias y proveedores.

10. Conclusiones

- Algunas situaciones de violencia obstétrica se encuentran invisibilizadas y/o naturalizadas en el servicio de obstetricia, tanto para usuarias como para proveedores como se detalla a continuación. Cuando se indaga a la usuaria sobre el respeto de sus tiempos psicológicos y biológicos por parte de los proveedores, durante el trabajo de parto, el 87% respondió que se sentía respetada; sin embargo la prevalencia de colocación rutinaria de vía endovenosa fue de 98%, la de oxitocina endovenosa 70% y la amniorraxis del 62%. También durante el parto, el 98% de las usuarias refirieron no haberse sentido descuidadas, pero al 86% no le permitieron comenzar a amamantar en sala de parto, al 30% le suturaron la episiotomía o desgarros sin el efecto de la anestesia, y el 17% refirió no sentirse respetada en sus tiempos biológicos y psicológicos. Con respecto a los proveedores, el 13% no consideró que la violencia constituye un problema de salud, el 37% no está seguro si haría una denuncia por violencia en

caso de presenciarse y el 63% realizó los tactos cuando le pareció conveniente sin respetar la evidencia que describe la OMS.

- El abuso físico fue el componente con el score promedio más alto. Éste se relaciona con las prácticas invasivas injustificadas o realizadas de manera rutinaria sin indicación precisa, como el número excesivo de tactos, la realización de tricotomía perineal, enema, amniorrexis, colocación de vía endovenosa y oxitocina; realización de episiotomía, maniobra de Kristeller, o sutura de episiotomía o desgarro sin efecto de la anestesia. En segundo lugar aparece en orden de prevalencia el abandono, compuesto por la falta de acompañamiento familiar, falta de los cuidados del proveedor, ausencia de evaluación clínica oportuna, promoción de salud o pautas de alarma. En tercer lugar, la falta de consentimiento informado, que implica la falta de autorización verbal y/o por escrito de la usuaria para la realización de prácticas clínicas o quirúrgicas, la falta de explicación previa a la realización de la práctica, y la falta de claridad con respecto al lenguaje utilizado para ser comprendido.
- La fase de trabajo de parto, atendida predominantemente por las parteras en este hospital, fue aquella que presentó mayor incidencia de violencia obstétrica, comparado con el parto y puerperio. La prevalencia de cesáreas en el servicio fue de 23,3%. Solo 9 de las 34 cirugías cesáreas realizadas, fueron programadas con anterioridad, a las 25 mujeres restantes se les indicó la cirugía luego de haber atravesado un período variable de tiempo cursando el trabajo de parto.
- La percepción de violencia en el servicio de obstetricia por parte de las usuarias, difiere de la que tienen los proveedores con respecto a sus propias actitudes y prácticas. El 100% de los proveedores asegura que le permite alimentarse, beber y caminar a la usuaria durante el trabajo de parto, sin embargo le fue permitido hacerlo al 85% de las mujeres. El 80% de los proveedores refirió que alienta el comienzo de la lactancia en la sala de parto, pero solo el 14% de las mujeres logró hacerlo. El 90% de los proveedores refiere realizar suturas luego del efecto de la anestesia, pero el 30 % de las usuarias refirieron haber sido suturadas sin el efecto. El 57% de los proveedores refiere permitir seleccionar la posición de parto a la usuaria, pero el 96% de las mujeres refirieron no poder elegirla. El 57% de los proveedores refiere permitir el acompañamiento continuo a la usuaria en la sala de puerperio, sin embargo solo el 10% de las mujeres logró estar acompañada.
- Las mujeres adolescentes son más propensas a padecer situaciones de violencia obstétrica por parte del proveedor debido a su condición.
- Los profesionales de salud con menor cantidad de años de experiencia laboral, presentan menor cantidad de situaciones relacionadas a la violencia obstétrica, de la misma manera que ocurre con aquellos profesionales que poseen 30 o menos años de edad.

- Tanto usuarias como proveedores tenían una baja prevalencia de conocimientos sobre derechos reproductivos, organismos de apoyo a las mujeres víctimas de violencia, y mecanismos de denuncia.

11. Recomendaciones

- Sensibilizar a los equipos de salud e implementar la capacitación continua de los proveedores a través de modelos de aprendizaje probados por estudios previos (cognitivo-constructivista), utilizando técnicas didácticas en base a las necesidades detectadas.
- Fortalecer la Estrategia de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia en las maternidades públicas y privadas de la provincia, para lograr una mayor equidad en la atención de la embarazada y el proceso del nacimiento. . Esta estrategia se basa en la perspectiva de derechos y promueve la participación activa de la mujer y su familia durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio. Ha sido implementada para promover cambios en el modelo de atención con resultados positivos en la salud de las mujeres y sus hijos.
- Informar a la población sobre los mecanismos de denuncia de violencia hacia la mujer, y los organismos encargados de dar respuesta institucional, con el objetivo de colaborar en la visibilización del problema.
- Empoderar a la población sobre el respeto de sus derechos reproductivos, de manera de promover su protagonismo durante el embarazo y nacimiento de sus hijos y volverse agentes de cambio en la mejora de la calidad de la atención perinatal en las instituciones de salud.
- Fortalecer la adopción de la perspectiva de género dentro de las políticas públicas, normas y protocolos de la atención de las mujeres, con el propósito de adecuarlas a sus necesidades específicas y sensibilizar a los agentes públicos en una atención respetuosa, de calidad y en consonancia con el marco normativo vigente.
- Continuar investigando sobre derechos reproductivos y violencia en los servicios de salud, para mejorar el conocimiento en relación a su prevención, detección, clasificación y/o abordaje con el propósito de disminuirla o evitarla.

12. Límites del estudio

- Si bien el número absoluto de la muestra de usuarias y proveedores puede considerarse pequeño, se realizó un censo, en donde se encuestaron a todos los participantes elegibles dentro del servicio de obstetricia durante el período de estudio, y solo una pequeña proporción de los elegibles no aceptó participar, dando evidencias de la aceptabilidad del estudio. Por este motivo se puede decir que constituye una muestra representativa de la institución.
- Información obtenida a través de percepciones individuales de usuarias y proveedores. Se realizó una validación previa del instrumento para minimizar la inducción de la respuesta. Si bien el estudio se basó en el reporte y la autopercepción, no se esperaban sesgos sistemáticos. Por ello, además de lo reportado/percibido se preguntaron algunas variables de los componentes de forma específica.
- Relevamiento de la información basal realizado por la tesista. Pudo haber introducido sesgos de recordatorios pues, sobre todo los proveedores, la conocen. Por ello se utilizó un cuestionario autoadministrado.
- Relevamiento de la información basal de las usuarias dentro de un período de tiempo muy cercano al momento del parto, lo que pudo haber modificado la percepción dado el estado físico-emocional materno y el resultado (como por ejemplo las condiciones del bebé). Sin embargo, esta situación pudo garantizar la privacidad de la entrevista y la posibilidad logística.

13. Fase II. PROPUESTA DE INTERVENCION

Según la medición de prevalencia de violencia obstétrica por componentes y por fases del nacimiento (trabajo de parto, parto y puerperio) encontrada en el servicio de obstetricia del Hospital Zonal Adolfo Margara, y considerando la percepción de las usuarias y los proveedores, se diseñó la presente propuesta de intervención para su posterior implementación y evaluación. El objetivo es contribuir en la disminución de la violencia obstétrica y promover la garantía de los derechos de las mujeres durante el nacimiento de sus hijos/as.

13.1 Competencias de la intervención

Competencias profesionales:

- Reconocer los factores vinculados a la violencia obstétrica que se observan en el servicio en base a la ley de parto respetado para garantizar el cumplimiento de los derechos reproductivos de las mujeres durante el proceso de nacimiento de sus hijos/as.
- Ofrecer a las mujeres prestaciones de salud basadas en las evidencias científicas disponibles para garantizar una calidad de la atención perinatal de acuerdo a las leyes nacionales argentinas vigentes.
- Re diseñar estrategias y protocolos de atención disponibles en el servicio, con enfoque de género que promuevan los cambios de conocimientos actitudes y prácticas de los proveedores, tendientes a disminuir la violencia obstétrica en el servicio.

Competencias específicas:

- Promover la reflexión en los proveedores sobre los daños que se ocasionan a las mujeres, cuando no son respetados sus derechos reproductivos durante el nacimiento de sus hijos/as.
- Facilitar a los proveedores la identificación de situaciones relacionadas con sus conocimientos, actitudes y prácticas que atentan contra los derechos reproductivos de las mujeres durante el trabajo de parto, parto y puerperio.
- Brindar herramientas conceptuales a los proveedores que participen en la resolución de situaciones relacionadas con violencia obstétrica y/o violación de derechos reproductivos.

Competencias transversales:

1. Sensibilización

La sensibilización es una actividad que forma parte de la cultura inclusiva y promueve la creación de actitudes positivas de respeto, solidaridad, valoración y tolerancia frente a los otros, que ayuda a fomentar la convivencia, a desarrollar la empatía, y favorecer la aceptación de las personas.⁵¹

El proveedor debe representar una construcción personal de la realidad en la que reestructura los contenidos informativos que recibe en el contexto de la instrucción (Piaget, 1970; Bruner, 1990).⁵²

- Elementos de la competencia:

Cambio de actitudes inapropiadas hacia las usuarias.

Cambio de actitudes inapropiadas hacia los pares.

Aceptación de nueva modalidad de trabajo.

2. Comunicación

Es la actividad consciente de intercambiar información entre dos o más participantes con el fin de transmitir o recibir significados a través de un sistema compartido de signos y normas semánticas.

- Elementos de la competencia:

Uso de lenguaje comprensible (no técnico) para las usuarias.

Uso de lenguaje respetuoso para usuarias y pares.

Información de los procedimientos a realizar a las usuarias.

Participación de las usuarias en la toma de decisión.

Normas y protocolos de atención.

3. Ética

La ética médica es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional de salud. Todo profesional de salud debe tomar en cuenta los siguientes principios: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia

- Elementos de la competencia:

Relación médico - paciente/usuario.

Consentimiento informado escrito y verbal.

Uso de la última evidencia científica disponible.

Secreto profesional.

Derechos humanos.

4. Diversidad cultural

Respeto por parte de los proveedores de las características étnicas, demográficas, educativas, culturales y socioeconómicas de las usuarias, interactuando con ellas de manera sensible y profesional.

- Elementos de la competencia:

Interacción con las usuarias considerando sus características personales y culturales.

Realización de una intervención teniendo en cuenta los factores culturales y valores comunitarios.

Negociación.

Respeto y tolerancia.

5. Pensamiento crítico.

El pensamiento crítico es el que evalúa el conocimiento adquirido, lo analiza, lo repiensa, para saber si es cierto, válido, creíble; o descartarlo por falso, inválido, no ético o ineficaz. Se trata de lograr la mayor objetividad posible en la búsqueda de lo verdadero, bueno, justo, y demostrable o sustentable. Asimismo, considera la

reflexión sobre la aceptabilidad y adecuación acerca de las perspectivas y necesidades reportadas por las potenciales beneficiarias.

- Elementos de la competencia:

Capacidad para analizar la información.

Capacidad para resolver problemas.

Capacidad para asociar fenómenos.

Pensamiento crítico.

Creatividad.

6. Aprendizaje continuo

Compromiso del proveedor para capacitarse de forma continua, con el objetivo de proveer calidad en la atención.

- Elementos de la competencia:

Conocimiento del marco teórico y legal.

Predisposición para el aprendizaje individual y grupal.

Establecimiento de redes de comunicación.

Actualización permanente.

13.2 Antecedentes de la intervención.

Para estudiar el abordaje al problema de la violencia obstétrica, Ábalos realizó una búsqueda sistemática dentro de bases de datos constantemente actualizadas como la Health Systems Evidence⁵³, la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS⁵⁴, la Colaboración Cochrane⁵⁵, y Medline⁵⁶. Cada revisión fue evaluada en términos de su calidad (Calificación AMSTAR)⁵⁷, aplicabilidad local (proporción de estudios que se llevaron a cabo en el país o en países similares a la Argentina), consideraciones sobre la equidad (proporción de estudios que tratan explícitamente a los grupos priorizados) y el grado de enfoque de la revisión en el tema. En base a la clasificación que realizó el Programa Integrado de Salud Materno Infantil de la Agencia Americana para el Desarrollo Internacional (USAID)⁵⁸ para la implementación de estrategias o intervenciones relacionadas con la promoción de los derechos de las mujeres y sus familias al momento de recibir la atención de los eventos relacionados al parto, Ábalos seleccionó las relacionadas a tres ejes: a) Intervenciones dirigidas a erradicar los tratos abusivos, inapropiados o irrespetuosos hacia las mujeres o sus familias por parte de los proveedores, respetado su autonomía, b) Intervenciones dirigidas a asegurar el cumplimiento de los derechos de las mujeres y sus familias a un parto respetado en términos biológicos y psicológicos, acorde a sus pautas culturales, evitando prácticas invasivas o suministro de medicaciones que no estén justificados, c) Intervenciones dirigidas a la adecuación de los sistemas de salud (incluidas las normativas e infraestructura) para garantizar el parto dentro del marco de las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. En el presente estudio se tomaron en cuenta los dos primeros ejes.

Para el primer eje no se encontraron revisiones sistemáticas, solo dos estudios con diseño antes-después en Kenia⁵⁹ y Tanzania⁶⁰. El estudio de Kenia tuvo dos componentes para la evaluación: una encuesta realizada a las mujeres y evaluaciones directas de la interacción proveedores / usuarias. La intervención fue múltiple para los servicios de salud (talleres para proveedores sobre parto respetado, conformación de comités de calidad, consejería y apoyos a profesionales, creación de sistemas de monitoreo para situaciones de abuso, etc.) y la comunidad (talleres sobre derechos sexuales y reproductivos, entrenamiento de líderes comunitarios, consejería a personas). Se observó una reducción significativa de la prevalencia de maltrato, pero se desconoce cuáles de las intervenciones tuvieron mayor efecto. El estudio de Tanzania también contó con dos componentes: el programa “Open Birth Days” para las mujeres durante el control prenatal (educación, información y empoderamiento); y taller de dos días “Trabajadores de la Salud para el Cambio” de la OMS adaptado para la atención respetuosa del parto. La evaluación consistió en una encuesta a las usuarias previo a la intervención, y una entrevista telefónica o domiciliaria posterior a la misma. Se observó una discreta mejoría en la percepción de las mujeres sobre la calidad de la atención, pero metodológicamente no fue una buena intervención, por lo que los resultados son débiles. En base a estas intervenciones se concluyó que se reporta mayor satisfacción de las mujeres con los cuidados y tratos recibidos, posible disminución de violencia física, tratos inapropiados, y falta de confidencialidad. Los gestores opinaron que era factible sin aumento considerable de los recursos. La mayoría de las intervenciones fueron valoradas por las mujeres y equipo de salud.

Para el segundo eje, no se identificaron revisiones sistemáticas, solo de forma individual y recomendaciones de sociedades científicas. Una meta-revisión de 67 revisiones sistemáticas, sobre intervenciones orientadas al cambio de comportamientos (actitudes y prácticas) de los proveedores en el primero y segundo nivel de atención publicada en 2015, y cuyas estrategias se pueden agrupar en tres categorías:

1-Intervenciones persuasivas: incluyeron mercadeo, medios de comunicación, líderes locales, y procesos de consenso local. Menciona que el mercadeo (entrevistas personales, grupos focales o estudios dirigidos a identificar barreras al cambio para el posterior diseño de intervenciones orientadas a esas barreras) puede ser la más efectiva.

2-Intervenciones educativas e informativas: incluyeron materiales educativos, las reuniones educativas, las visitas de extensión educativas y las intervenciones mediadas por el/la paciente. Se encontró que las reuniones educativas (conferencias, charlas, talleres o períodos de prácticas), mejoraban las prácticas profesionales, y las visitas de extensión educativa (personas entrenadas que se reúnen con los equipos de salud en sus entornos de práctica para dar información con la intención de cambiar las prácticas), también fueron eficaces para cambiar las prácticas.

3-Intervenciones de monitoreo y acción: diseñadas para propiciar cambios de actitudes o prácticas mediante supervisión y refuerzo continuo de los comportamientos, son auditoría y devolución y los recordatorios. La auditoría y devolución (resumen del desempeño clínico, obtenidos a partir de las historias clínicas, bases de datos u observaciones durante un período de tiempo) reportó instaurar beneficios en la práctica profesional.

13.3 Metodología de enseñanza- aprendizaje.

Para la elección de la metodología de aprendizaje durante la intervención, se investigaron diversas teorías con el objetivo de seleccionar la más adecuada, como las que figuran a continuación:

- a) Teorías conductistas: desarrolladas entre 1886 y 1950, por sus referentes Pavlov, Watson y Skinner⁶¹, de base experimental y reduccionistas, que explican procesos complejos en base a componentes y principios más simples. Refiere que el aprendizaje se refleja en conductas observables. Como críticas, se indica que obstaculiza la motivación intrínseca y el deseo de aprender en los alumnos, y que los reforzamientos funcionan más a nivel individual, por lo que no resulta beneficiosa su aplicación en un grupo.
- b) Teorías cognitivas: desarrolladas entre 1900 y 1950, por sus referentes Weithermer, Gagne y Ausubel⁶², presenta una posición antagónica con respecto al reduccionismo, tomando en cuenta el papel primordial de la cultura y la interacción social. El aprendizaje ocurre cuando la información del ambiente es procesada y almacenada en la memoria, y luego puede ser recuperada. Como crítica presenta pocos principios instruccionales implícitos.
- c) **Teorías constructivistas**: desarrolladas desde 1920 hasta la actualidad, siendo sus referentes Vigotsky, Piaget y Bruner⁶³. Se basa en el aprendizaje por descubrimiento y presenta como características la motivación intrínseca del estudiante. Se descubre a partir de la resolución de problemas, con experimentación directa sobre la realidad, encontrándose placer en ello, colabora en la conservación de la memoria y el aprendizaje comprensivo, aprendiendo desde los hechos hacia las teorías y evitando la enseñanza expositiva que es considerada como “autoritaria”.

También se investigó sobre las respuestas posibles al cambio que se produce posterior a la intervención, y que opera en las actitudes de cada individuo de la organización. La respuesta está relacionada a las características personales y del entorno laboral. Éstas pueden ser:

- Efecto Hawthorne (Davis K. y Newstrong, J. 1997): la observación de un grupo, o incluso la percepción de estar siendo observado, puede provocar cambios en el mismo.
- Los individuos pertenecientes a un grupo, pueden mostrar lealtad al mismo, uniéndose y provocando un cambio parejo.
- Otros pueden analizar costos (económicos, psicológicos, sociales) y beneficios del cambio, y las diferencias de percepción se pueden deber a las características individuales.
- La resistencia al cambio: es decir *“las conductas de un empleado diseñadas para desacreditar, demorar o impedir la instrumentación de un cambio laboral”* (Davis, K. y Newstrong, J.), se debe al sentimiento de amenaza del equilibrio alcanzado por el individuo. En general la gente tiende a resistirse al cambio, aunque también deseen nuevas experiencias y retribuciones que dicho cambio pueda traer. Esta resistencia puede ser lógica (en desacuerdo con los datos), psicológica (basada en emociones como temor y desconfianza), o sociológica (desafío de los valores, normas e intereses grupales). La

resistencia también puede brindar beneficios, como la revisión de las necesidades de cambio y estimular una mejor comunicación entre pares y con los superiores.

Cabe mencionar también, que el entorno físico es un espacio que alberga todos los procesos psicosociales, pudiendo actuar positiva o negativamente en el cambio actitudinal de los individuos. Puede ser un facilitador o un obstaculizador en la generación de nuevos aprendizajes, y por ende se convierte en una pieza clave en la consolidación del proceso de cambio conductual.

Por lo tanto, la presente propuesta de intervención, fue diseñada tomando en cuenta la evidencia científica que reporta más resultados favorables según la metodología empleada. En principio utilizando el modelo de enseñanza- aprendizaje constructivista, desde la propia experiencia del proveedor y uso de la creatividad en la resolución de problemas, mejorando la capacidad de resolución de problemas por sí mismos y fomentando la integración del conocimiento y el trabajo grupal. Luego en base a los hallazgos de la presente investigación, se diseñaron 5 sesiones para trabajar con los proveedores del servicio de obstetricia en el segundo nivel de atención, combinando los tres tipos de intervención: persuasiva (mercadeo a través de la encuesta al proveedor y usuaria); educativos y formativos (talleres); monitoreo y acción (auditoría y devolución a través del uso de la información recabado por los cuestionarios, análisis del Sistema Informático Perinatal del servicio y denuncia de violencia efectuada por una usuaria). Para ello las sesiones se han dividido en 4 momentos:

1. **Comienzo de la jornada:** bienvenida de los participantes y desarrollo de una dinámica de animación para distensión del grupo y conformación de un clima ameno y de confianza.
2. **Presentación del tema:** introducción al tema mediante técnicas de trabajo participativas, sensibilizadoras y motivadoras.
3. **Desarrollo del tema:** se presenta en dos partes, una pequeña presentación expositiva para clarificar conceptos, y una actividad participativa para demostrar habilidades.
4. **Cierre de la sesión:** trabajo grupal de síntesis, conclusiones, producto para portafolio.

13.4 Sesiones de capacitación.

La capacitación será realizar en servicio durante 5 días consecutivos, en los turnos mañana y tarde con el objetivo de que el 100% de los proveedores puedan participar. Cada sesión tendrá una duración aproximada de tres horas. Para la misma, se solicitará previamente la firma de permiso institucional, y autorización del director hospitalario.

Una vez autorizado, se invita al 100% del personal de salud que trabaja en el servicio de obstetricia (médicos obstetras, médicos residentes, parteras y enfermeras) a participar de la intervención. Aquellos que elijan participar, deberán firmar un consentimiento informado, previamente autorizado por el Comité de Ética hospitalaria (Ver anexo 7).

Para la intervención se diseñaron unidades didácticas (Ver anexo 8), compuestas por distintas técnicas que también se detallan, basadas en el resultado obtenido del análisis de la información proveniente de los cuestionarios aplicados a las mujeres y los proveedores, con énfasis en los puntos de mayor prevalencia relacionados a la violencia obstétrica por componente, y para el trabajo de parto, parto y puerperio. Las sesiones quedaron conformadas con el contenido del tema a desarrollar y el objetivo que persigue dicha sesión (Tabla 21).

Tabla 21. Descripción de las sesiones según actividad, contenido, objetivos

Sesión	Tema	Contenido	Objetivo
1	Sensibilización del proveedor para evitar la patologización y medicalización del nacimiento.	-Técnicas para la sensibilización del proveedor -Reseña de la práctica obstétrica a lo largo de la historia -Definición y descripción de la medicalización y patologización del nacimiento de acuerdo a la ley de parto humanizado y las maternidades centradas en la familia.	-Percepción del proveedor sobre la usuaria. -Identificación de las necesidades de la usuaria desde la perspectiva del proveedor -Identificación de instancias de medicalización y patologización durante el trabajo de parto, parto y puerperio. -Identificación de las áreas del hospital a mejorar
2	La mujer como sujeto de derecho	-Derechos reproductivos en el trabajo de parto, parto y puerperio según la ley de parto humanizado. -Principios básicos de la Bioética en relación a la atención de las usuarias	-Desarrollo del respeto por las decisiones de las usuarias -Reconocimiento e interpretación de los derechos de las usuarias en el contexto de la ley de parto humanizado -Identificación de los derechos reproductivos dentro de los protocolos de atención a la embarazada
3	Mejora de la comunicación entre el proveedor y la usuaria	-Sensibilización de los proveedores para reconocer su proceder -Características y tipos de comunicación. -Autorización verbal y consentimiento informado.	-Comprensión de los beneficios de la comunicación adecuada -Desarrollo de habilidades para la comunicación con los pares y las usuarias - Identificación de la comunicación respetuosa y efectiva como parte de los derechos reproductivos de las

			usuarias.
4	Medicina basada en la evidencia para la atención del trabajo de parto, parto y puerperio	-Sensibilización del proveedor para estimular el reconocimiento del otro (par-usuaria) -Prácticas obstétricas según la medicina basada en la evidencia. -Abuso físico y emocional	-Mejora de las relaciones interpersonales -Reconocimiento de la evidencia científica como herramienta indispensable para la buena práctica clínica. -Análisis crítico de prácticas realizadas en el servicio relacionadas al “hábito médico” -Determinación de estrategias para promover el cambio en la realización de prácticas
5	Evaluación final integradora	-Pensamiento crítico -Comunicación y trato interpersonal -Trabajo en equipo -Conocimiento teórico	Observación y evaluación de: -Conocimientos -Actitudes -Prácticas

Al finalizar cada sesión, se realizará una evaluación grupal generando material escrito que conformará un portafolio de contenidos. También será evaluada la sesión por parte de los participantes, de acuerdo a su percepción sobre la utilidad de la capacitación (Ver anexo 9).

La última sesión de capacitación está conformada por una evaluación sumativa, que concentra el trabajo realizado durante todas las sesiones.

13.5 Evaluación de la intervención.

Para la valoración del impacto de la intervención, se propone una evaluación pre y post test, con grupo control no equivalente, representado por un hospital público de similares características (Ej: Hospital Zonal de Puerto Madryn), en donde el impacto se medirá por la diferencia entre el cambio observado en las medidas de resultados para el grupo experimental menos las del grupo control, más/menos el error de diseño o aleatorio.

Transcurridos 3 meses de la intervención, se volverá a solicitar la firma de la carta de permiso institucional al director hospitalario para realizar la segunda medición post intervención, sobre prevalencia de violencia obstétrica en las usuarias y conocimientos, actitudes y prácticas de los proveedores en el Hospital Zonal de

Trelew y en el Hospital de Puerto Madryn para el grupo control. Se entregará firmada por la tesista, la carta de confidencialidad del investigador. Posterior a la firma del consentimiento informado para usuarias y proveedores, se aplicarán los mismos cuestionarios que fueron utilizados para la presente medición.

La muestra de proveedores elegible, estará compuesta por médicos obstetras, residentes, parteras y enfermeras que cumplan con los mismos criterios de selección del presente estudio, y que trabajen en el servicio de obstetricia, del Hospital Zonal de Trelew, y Hospital de Puerto Madryn para el grupo control. El mismo será de tipo autoadministrado y lo realizarán en horario laboral con una duración aproximada de 20 minutos. La muestra de usuarias estará conformada por aquellas mujeres elegibles que reciban atención en cada hospital (Trelew y Puerto Madryn) durante su trabajo de parto, parto y puerperio, y que cumplan con los mismos criterios de selección del presente estudio, hasta obtener una muestra aproximada de 150 por hospital. De la misma forma que durante el presente estudio, el cuestionario será administrado por la tesista en la sala de puerperio posterior al nacimiento del niño/a y previo al alta de la maternidad, durante los 7 días de la semana, teniendo una duración aproximada de 20 minutos.

Posteriormente se realizará la captura de la información en el Programa Excel, para ser analizado con el Programa STATA 12.0. A través del análisis univariado de la información se obtendrán las frecuencias de violencia obstétrica y grado de conocimientos actitudes y prácticas de los proveedores de ambos grupos. A través del análisis bivariado, se obtendrá la relación entre violencia obstétrica y conocimientos, actitudes y prácticas de los proveedores.

Por último se realizará la estimación de la diferencia pre y post intervención, sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los proveedores posteriores a la intervención, y la diferencia de prevalencia de violencia obstétrica en las usuarias por componentes y fase del nacimiento posterior a la intervención de los proveedores. Al finalizar se estimará la diferencia del cambio entre el grupo intervenido y el no intervenido.

14. Consideraciones éticas

Previo a la realización del estudio se solicitó la autorización al Comité de Investigación y de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública. Posteriormente se solicitó la autorización del director de la institución hospitalaria previo al inicio del proyecto.

La aplicación del cuestionario se hizo en mujeres puérperas y proveedores de salud en el servicio de obstetricia, teniendo en cuenta el respeto de su dignidad, derechos y bienestar. Por tal motivo se les explicó de forma personalizada el procedimiento del estudio, riesgos y beneficios de su participación, entregándoles un consentimiento informado por escrito que lo detalla, específicamente redactado para cada grupo. Este debió ser firmado como expresión de su entendimiento, conformidad y aceptación, previo a la aplicación del cuestionario. Cada participante tuvo la posibilidad de decidir libremente y sin coacción sobre su participación en la investigación, aclarando que su negativa no devendría en ningún tipo de perjuicio. Esta investigación presentó un riesgo mínimo para el ser humano.

15. BIBLIOGRAFIA

-
- ¹ Ley Nacional 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Art. 6, Inc. e). República Argentina. Disponible en sitio Web <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=152155>
- ² Derechos sexuales y reproductivos en la reciente ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Pablo Oscar Rosales. Disponible en <http://www.villaverde.com.ar/es/assets/novedades/varios/021-ssr-ley-26485-violencia-prosales.pdf>
- ³ Declaración Universal de Derechos Humanos. Disponible en <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- ⁴ Revista Red bioética/UNESCO, Año 4, 1 (7): 25-34, Enero - Junio 2013. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Laura F. Belli
- ⁵ Red de género y salud colectiva en Cuba. La violencia obstétrica es un problema de la salud pública que contribuye a la mortalidad materna: especialistas. Julio 2015. México DF, abril 2015. Disponible en <http://instituciones.sld.cu/genero/2015/07/22/la-violencia-obstetrica-es-un-problema-de-salud-publica-que-contribuye-a-la-mortalidad-materna-especialistas/>
- ⁶ WHO. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet 2006; 367: 1819-29
- ⁷ Metas a lograr en la atención materno perinatal en Latinoamérica y el Caribe. Decálogo Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 22, núm. 4, 2003, pp. 147-150 Hospital Materno Infantil Ramón Sardá Buenos Aires, Argentina. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/912/91222402.pdf>
- ⁸ Declaración sobre Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. OMS. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf
- ⁹ Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Tribunal Supremo de Justicia. República de Venezuela. Disponible en http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf
- ¹⁰ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México, Año 2014. Disponible en <http://www.gob.mx/inmujeres/prensa/sobre-la-ley-general-de-acceso-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia>

¹¹ Saludiaro. Violencia obstétrica casi no se denuncia ante Conamed. Disponible en <http://saludiaro.com/violencia-obstetrica-casi-no-se-denuncia-ante-conamed/>

¹² Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). México. Disponible en <https://www.gire.org.mx/gire/quienes-somos>

¹³ “El Parto es nuestro”, ONG. Ecuador, 2014. Disponible en www.elpartoesnuestro.es/blog/2016/04/13/ecuador-nueva-ley-de-violencia-obstetrica

¹⁴ Ley para Proteger a la Mujer Embarazada y Sancionar la Violencia Obstétrica. Asamblea legislativa de la República de Costa Rica. Disponible en http://prueba.asamblea.go.cr/DYD/Mario_Redondo/documentos_relevantes/Proyecto%20Ley%20para%20proteger%20a%20la%20mujer%20embarazada%20y%20sancionar%20la%20violencia%20obst%C3%A9trica.pdf

¹⁵ Constitución Nacional de la República Argentina. Disponible en <http://bibliotecadigital.csjn.gov.ar/Constitucion-de-la-Nacion-Argentina-Publicacion-del-Bicent.pdf>

¹⁶ Ojea O, Barragan H. Fundamentos de la Salud Pública. Plan Federal de Salud. Cap.20. Argentina 2004. Disponible en http://inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos_de_la_salud_publica/cap_20.pdf

¹⁷ Ministerio de Salud de Nación. República Argentina. Ley 25929 de parto Humanizado. Disponible en http://www.msal.gov.ar/vamosacrece/index.php?option=com_content&id=390:ley-nacional-no-25929-ley-de-parto-humanizado&Itemid=225

¹⁸ Consejo Nacional de las Mujeres. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. República Argentina. Disponible en <http://www.cnm.gov.ar/linea144.php>

¹⁹ Consejo Nacional de las Mujeres. Observatorio de Violencia contra las Mujeres. Disponible en <http://www.cnm.gov.ar/observatorio.php>

²⁰ Guía de organismos gubernamentales y organizaciones sociales para la prevención, asistencia y erradicación de la violencia contra las mujeres en el marco de la Línea Nacional de Atención Telefónica y Gratuita 144. Disponible en <http://www.cnm.gov.ar/guianacrecra.php>

-
- ²¹ Canevari Bledel C. Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública. Barco Edita; Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE, 2011. Disponible en sitio Web http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_28.pdf
- ²² Quevedo P. Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la desigualdad de género. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales Universidad Nacional de Cuyo, 2012. Disponible en sitio Web http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf
- ²³ Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque de Interculturalidad. Ministerio de Salud de Nación. UNICEF. Marzo 2011. Buenos Aires. República Argentina
- ²⁴ Orueta Sánchez, R. et al. (2011). Medicalización de la vida (I). Rev. Clin. Med. Fam. 4(2) 150-161. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2011000200011&lng=es&nrm=iso>
- ²⁵ Gutiérrez, D . Salud Reproductiva: Concepto e Importancia. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 39. Organización Panamericana de la Salud, 1996. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3140/Salud%20reproductiva%20concepto%20e%20importancia.pdf?sequence=1>
- ²⁶ Derecho a la salud. World Medical Association. Disponible en <http://www.wma.net/es/20activities/20humanrights/10health/>
- ²⁷ Asamblea General de la ONU. Resolución 48/104, 20 de diciembre de 1993
- ²⁸ Criterios Diagnósticos de los Trastornos Mentales. DSM IV. Disponible en <http://www.psygnos.net/biblioteca/DSM/Dsmptsd.htm>
- ²⁹ Olza Fernández I. El Síndrome de Estrés Postraumático como Secuela Obstétrica. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estresPostraumatico.pdf>
- ³⁰ Bohren, M, Vogel, J, Hunter,E. The Mistreatment during Childbirth in Heath Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. PLOS Medicine, June 30, 2015.
- ³¹ Brower D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. USAID-TRAction Project. Harvard School of Public Health. Septiembre 2010.

-
- ³² Disponible en <https://www.google.com.ar/?ion=1&espv=2#q=discriminacion>
- ³³ Disponible en <https://es.wikipedia.org/wiki/Abandono>
- ³⁴ Flores W, Gómez I. La Gobernanza de los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: Análisis de Actores y relaciones de Poder. Revista de Salud Pública, Volumen 12, Suplemento 1, Abril 2010, pp 138-150. Disponible en http://isagsunasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/que_es_la_gobernanza.pdf
- ³⁵ Disponible en <http://definicion.de/liderazgo/>
- ³⁶ Disponible en <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5436>
- ³⁷ Observatorio de la Violencia de Genero de la Provincia de Buenos Aires (OVG). PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DE DENUNCIAS EN CASOS DE VIOLENCIA OBSTETRICA. Disponible en <http://www.defensorba.org.ar/ovg/pdfs/Protocolo-de-Recepcion-de-Denuncias-en-Casos-de-Violencia-Obstetrica.pdf>
- ³⁸ Disponible en <https://www.google.com.ar/?ion=1&espv=2#q=infraestructura>
- ³⁹ Disponible en <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/86>
- ⁴⁰ Disponible en <https://www.google.com.ar/?ion=1&espv=2#q=creencias>
- ⁴¹ Disponible en <https://www.google.com.ar/?ion=1&espv=2#q=educacion>
- ⁴² Disponible en <https://www.google.com.ar/?ion=1&espv=2#q=edad>
- ⁴³ Disponible en <https://www.google.com.ar/?ion=1&espv=2#q=prejuicio>
- ⁴⁴ Disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/Formaci%C3%B3n_profesional
- ⁴⁵ Disponible en <https://www.google.com.ar/?ion=1&espv=2#q=ocupacion>
- ⁴⁶ Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen. OMS, 2002
- ⁴⁷ Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. OMS, 2015

-
- ⁴⁸ Faneite J, Feo A., Toro Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela v.72 n.1 Caracas, marzo 2012
- ⁴⁹ Abalos E, Andoro L, Daverio F, Gelso E, Nieto A, Peres A, Ramos S Sabbadin MR, Spinelli V, Teseyra M. Violencia obstétrica: un problema estructural y actitudinal. Serie Resúmenes de Políticas, N° 3. Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La Plata, abril de 2017
- ⁵⁰ Riego Azura N., Lopez Mora G., Fernández B.F., Contreras Miranda MJ., Domínguez Sánchez, V. Índice de Violencia Obstétrica. Revista Médica Electrónica Portales Médicos. Veracruz-Boca del Rio, México, 2015.
- ⁵¹ Disponible en https://educacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2014/02/PLAN_DE_SENSIBILIZACION_100214.pdf
- ⁵² Disponible en <http://www.fund-encuentro.org/foro/publicaciones/C1.pdf>
- ⁵³ Disponible en <https://www.healthsystemsevidence.org/>
- ⁵⁴ Disponible en <http://apps.who.int/rhl/es/>
- ⁵⁵ Disponible en <http://www.cochranelibrary.com/cochrane-database-of-systematic-reviews/>
- ⁵⁶ Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- ⁵⁷ Disponible en <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/mbe01/5273>
- ⁵⁸ Reis V, Deller B, Carr C, Smith J. Respectful Maternity Care Country experiences. Survey Report. The Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP), United States Agency for International Development (USAID), November 2012. Disponible en: https://www.k4health.org/sites/default/files/RMC%20Survey%20Report_0.pdf
- ⁵⁹ Abuya T, Ndwiga C, Ritter J, Kanya L, Bellows B, Binkin N, Warren CE. The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya. BMC Pregnancy Childbirth. 2015 Sep 22;15:224.
- ⁶⁰ Ratcliffe HL, Sando D, Lyatuu GW, Emil F, Mwanyika-Sando M, Chalamilla G, Langer A, McDonald KP. Mitigating disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: an exploratory study of the effects of two facility-based interventions in a large public hospital. Reprod Health. 2016 Jul 18;13(1):79.
- ⁶¹ Disponible en <https://www.slideshare.net/levaflor/presentacion-conductismo-psicologia-skinner>
- ⁶² Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos107/la-teoria-cognitivista/la-teoria-cognitivista.shtml>
- ⁶³ Disponible en <http://bibliotecadigital.academia.cl/jspui/bitstream/123456789/2682/1/TPEDIF%2024.pdf>

Anexo 1

Centro Materno Infantil
Hospital Zonal Trelew
San Martín 696
TE.4424210 - 4422929
Secretaria_materno_tw@hotmail.com



Ministerio de Salud
Provincia del Chubut

Trelew, Provincia de Chubut a 30 días de Octubre de 2016.

**Asunto: Se autoriza la aplicación de cuestionarios en el
Servicio de Obstetricia del Hospital Zonal Adolfo Margara**

María Eugenia Macon Prieto
P r e s e n t e

Por medio del presente en atención a su solicitud, se le autoriza el acceso a la realización del cuestionario a puérperas y proveedores de salud directamente relacionados a la atención perinatal, compuesto por enfermeros, médicos obstetras, médicos residentes y parteras del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Zonal Adolfo Margara, con el objeto de realizar el Proyecto Terminal denominado "VIOLENCIA OBSTETRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO. ESTIMACION DE SU PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS PARA PROPONER UNA INTERVENCION EN EL HOSPITAL ZONAL ADOLFO MARGARA", del programa de la Maestría en Salud Pública en Servicio 2014-2016, por parte del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

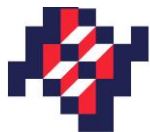
Atentamente



Dr. RAÚL E. MUSANTE
MÉDICO - M.P. 2438
Director Asociado
Centro Materno Infantil
Ministerio de Salud

.....
Dr. Raúl Musante
Director del Centro Materno Infantil

Anexo 2



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usuarías Puérperas

PROTOCOLO DE PROYECTO TERMINAL

Estimada Señora:

Introducción/Objetivo:

La médica María Eugenia Marcon, estudiante de la Maestría de Salud Pública en Servicio, dependiente del Instituto Nacional de Salud Pública de México, se encuentra realizando un estudio de investigación. El objetivo del estudio es conocer las prácticas que le han realizado durante el trabajo de parto, parto y puerperio, y su información acerca de los derechos sexuales y reproductivos que tienen las mujeres. El estudio se está realizando en el Servicio de Obstetricia del Hospital Zonal Adolfo Margara.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

Le haremos algunas preguntas acerca de sus antecedentes personales y relacionados con el nacimiento de sus hijos, como por ejemplo, cuántos años tiene, cuáles fueron los estudios que alcanzó en la escuela, cuántas veces estuvo embarazada, si nacieron de parto normal o cesárea; y cuestiones generales acerca del conocimiento que posee sobre las resoluciones o leyes relacionadas con el respeto hacia las mujeres al dar a luz, como por ejemplo si escuchó hablar del término “violencia obstétrica”, si sabría donde denunciar algún tipo de violencia relacionada con la salud sexual y reproductiva. El cuestionario tendrá una duración aproximada de 10 a 15 minutos. La entrevistaremos en la sala de internación de puerperio, en un horario que podrá ser de mañana, tarde o noche. Le aclaramos que la encuesta será realizada por personal capacitado.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar, estará colaborando con el Departamento de Perinatología de la Provincia de Chubut para mejorar la calidad de atención al momento de dar a luz en el Hospital Zonal Adolfo Margara, y propiciar que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se respeten y cumplan.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificada con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificada.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómoda, tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en este servicio hospitalario.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: Dra. Mariana Romero al siguiente correo electrónico: marianaromero64@yahoo.com.ar

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética del INSP, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono +52(777) 329-3000 ext. 7424 de 8:00 am a 16:00 hs. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento para su participación en el estudio

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del participante:

Fecha (día/mes/año):

Firma:

Nombre completo del Testigo 1:

Fecha (día/mes/año):

Dirección:

Firma:

Relación con el participante:

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento:

Fecha (día/mes/año):



Versión Aprobada: DICIEMBRE 30, 2016,

PT 258, Folio Identificador: R89

Copia sellada en archivo

Anexo 3



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES/AS, y/o CO-INVESTIGADORES/AS Director hospitalario – Jefe de Servicio de Obstetricia

PROYECTO TERMINAL

Trelew, Chubut, a 30 de octubre de 2016

Yo María Eugenia Marcon, médica estudiante de la Maestría de Salud Pública en Servicio dependiente del Instituto Nacional de Salud Pública de México, hago constar, en relación al Proyecto Terminal titulado VIOLENCIA OBSTETRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA Y SUS CARACTERÍSTICAS PARA PROPONER UNA INTERVENCIÓN EN EL HOSPITAL ZONAL ADOLFO MARGARA. CIUDAD DE TRELEW, PROVINCIA DE CHUBUT, REPÚBLICA ARGENTINA, que me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a cargo de la Dra. Mariana Romero, y en el cual participo como co-investigador/a, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en la ejecución del mismo.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Distrito Federal, y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y demás disposiciones aplicables en la materia.

Atentamente.

María Eugenia Marcon, investigadora

Anexo 4



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE MEXICO
CUESTIONARIO PARA USUARIAS PUERPERAS
Servicio de Ginecología y Obstetricia - Hospital Zonal de Trelew.

Nº de Folio:

Fecha de aplicación: _____ Hora de aplicación (inicio-fin): _____ / _____

Clave del entrevistador: _____

Nº de Clave del prestador de salud que atendió : Trabajo de Parto

☐

Parto

☐

Puerperio

☐

Horario del trabajo de parto (inicio – fin): _____

ANTECEDENTES PERSONALES			
Preguntas	Opciones	Respuesta	Pase a ...
1. <i>¿Qué edad tiene?</i> (Edad en años cumplidos)			
2. <i>¿Hasta qué nivel de educación alcanzó en la escuela?</i>	1. No asistió a la escuela 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Terciario incompleto 7. Terciario completo 8. Universitario		
3. <i>¿Cuál es su estado civil?</i>	1. Unión estable o casada 2. Separada o divorciada 3. Sola o soltera 4. Viuda		

4. ¿Se reconoce como perteneciente a algún pueblo originario/ etnia?	0.No 1. Si	☐	
5. ¿Dónde vive? Nombre el sitio donde reside	1. Zona Rural 2. Zona Urbana Nombre:	☐	
6. ¿Cuál es su ocupación?	1. Ama de casa 2. Trabaja fuera 3. Estudia 4. Trabaja fuera y estudia 5. Otra	☐	
ANTECEDENTES OBSTETRICOS			
7. ¿Cuántas veces estuvo embarazada contando este último embarazo?		☐ Si la Rta=1	→ Preg. 9
8. ¿Alguno de sus hijos murió ANTES de nacer?	0. No 1. Si	☐	
9. ¿A qué edad tuvo su primer hijo? (Edad en años cumplidos)		☐	
10. ¿Cuántas cesáreas le hicieron en su vida, contando el embarazo actual?		☐	
11. ¿Usted planificó o busco quedar embarazada de este último embarazo?	0. No 1. Si	☐	
12. ¿Se controló este embarazo en alguna institución de salud?	0. No 1.Si	☐	→ Preg. 16
13. ¿En qué institución de salud controló todo o la mayor parte de su embarazo?	1. Centro de Salud (Periférico- Salita) 2. Hospital 3. Consultorio o clínica	☐	

	privada		
14. En este último embarazo ¿De cuántas semanas de embarazo estaba cuando hizo el primer control?			
15. En este último embarazo ¿Cuántas consultas de control hizo desde que supo que estaba embarazada hasta llegar al hospital para tener el bebé?			
16. ¿Conoce si le ocurrieron algunas de las siguientes complicaciones durante su embarazo? 0=No 1=Si	1. Presión alta/ Hipertensión arterial 2. Azúcar alta en sangre /Diabetes 3. Aumento excesivo de peso/ Obesidad 4. Sangrado/ Hemorragia genital 5.. Infecciones/ Enfermedad Infecciosa 6. Otra Enfermedad	 	
FACTORES RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA OBSTETRICA (A-B-C)			
A) DURANTE EL TRABAJO DE PARTO			
17. ¿Cuántas veces le realizaron tacto vaginal desde que empezó con el trabajo de parto hasta el nacimiento de su hijo? (OMS recomendación: 1 tacto cada 4 horas)	99. No recuerda 		Preg. 19
18. ¿Por cuántas personas diferentes le fue practicado el tacto vaginal?	99. No recuerda		
19. ¿ Durante el trabajo de parto le hicieron:		Realiz/Perm	

0= No 1=Si 20. ¿Solicitaron su permiso durante el trabajo de parto antes de hacerle las siguientes practicas? 0= No 1=Si 99= No recuerda	1. Enema? 2. Rasurado genital? 3. Romperle la bolsa? 4. Colocarle un suero? 5. Colocar medicación por el suero para apurar el parto? 6. Ninguna 		Preg. 23
21. ¿Le explicaron a Usted la importancia que tenían esas prácticas y por lo cual debían hacerlas durante el trabajo de parto? 0= No 1=Si 2= No recuerda	1. Enema? 2. Rasurado genital? 3. Romperle la bolsa? 4. Colocarle un suero? 5. Colocar medicación por el suero para apurar el parto?		
22. ¿La explicación que le dieron le resultó comprensible/ fue clara para Usted?	1. Muy clara 2. Clara 3. No estoy segura 4. Poco clara 5. Nada clara		
23. ¿Se sintió cuidada en su intimidad frente a otras personas, cuando la desvistieron o la revisaron?	1. Siempre 2. Casi siempre 3. No estoy segura 4. Casi nunca 5. Nunca		

24. ¿Usted atravesó por alguna de las siguientes situaciones durante el trabajo de parto? Respuestas: 1. Siempre 2. Casi siempre 3. No estoy segura 4. Casi nunca 5. Nunca	1. Le hicieron comentarios irónicos, descalificadores o chistes 2. La llamaron por sobrenombres o diminutivos (gordita, mami, etc) 3. Recibió críticas por llorar o gritar 4. Le dijeron que se mantuviera callada 5. No le permitieron hacer preguntas 6. Le impidieron caminar, beber o alimentarse		
25. Durante el trabajo de parto ¿Le permitieron estar acompañada por un familiar u otra persona de su elección o confianza?	0. No 1. Si 99. No contesta		
26. Durante el trabajo de parto ¿En algún momento se quedó sola en la habitación sintiéndose descuidada por el personal de salud?	1. Siempre 2. Casi siempre 3. No estoy segura 4. Casi nunca 5. Nunca		
27. En algún momento durante el trabajo de parto se sintió ... 1. Siempre 2. Casi siempre 3. No estoy segura 4. Casi nunca 5. Nunca	1. Humillada? 2. Amenazada? 3. Culpable?		

Humillada: ofendida o herida a solas o en público, lastimando su orgullo o su dignidad. Amenazada: le dieron a entender que ocurriría algo malo si no colaboraba u obedecía. Culpable: hacerla sentir responsable por haber hecho algo que le dijeron que era incorrecto			
28. ¿Cree que los profesionales respetaron todo el tiempo que Usted necesitaba para hacer su trabajo de parto tranquila?	1. Siempre 2. Casi siempre 3. No estoy segura 4. Casi nunca 5. Nunca	<input data-bbox="1024 701 1091 741" type="checkbox"/>	
29. Durante el trabajo de parto ¿Cree que recibió en algún momento falta de cuidados o malos tratos por ser... 0. No 1. Si 99. Desconoce/ No contesta	1. Adolescente? 2. Soltera o sola? 3. Por tener ya varios hijos? 4. Por haber estudiado poco o no haberlo hecho? 5. Por no tener trabajo o ser ama de casa? 6. Por tener alguna enfermedad anterior al embarazo?	<input data-bbox="1008 1003 1075 1043" type="checkbox"/> <input data-bbox="1008 1064 1075 1104" type="checkbox"/> <input data-bbox="1008 1125 1075 1165" type="checkbox"/> <input data-bbox="1008 1228 1075 1268" type="checkbox"/> <input data-bbox="1008 1331 1075 1371" type="checkbox"/> <input data-bbox="1008 1413 1075 1453" type="checkbox"/>	
B) DURANTE EL PARTO			

30. ¿Cómo nació su último hijo?	1. Parto vaginal o natural 2. Cesárea 3. Cesárea programada		Preg. 34
31. Antes de hacerle la cesárea, ¿Le explicaron los motivos por los cuales debían hacerla?	99. No recuerda 0. No 1. Si		Preg. 33
32. ¿Cuáles fueron esos motivos?	1. Cesárea anterior 2. Para ligar trompas 3. Cadera chica con bebe grande 4. Enfermedad suya anterior 5. Trabajo de parto prolongado/detenido 6. Cuello que no dilata 7. Otro		
33. Antes de hacerle la cesárea, ¿Le pidieron que firmara un Consentimiento Informado?	0. No 1. Si 99. No recuerda		
34. ¿Cuáles de estas prácticas le hicieron durante el parto? 0=No 1=Si 35. ¿Solicitaron su permiso antes de hacerle las practicas antes citadas durante el parto? 0=No 1=Si 99= No recuerda	1. Hacerle un tajo genital (episiotomía) para facilitar la salida del bebe 2. Apretarle la panza muy fuerte para ayudar a nacer al bebe (Kristeller) 3. Raspado del útero sin anestesia (legrado) 4. Coser sin anestesia los desgarros o el tajo que le hicieron	Realiz/Perm 	
36. ¿Le explicaron a Usted la importancia que tenían esas prácticas y por lo cual debían	1. Tajo para facilitar la	Explic/Comp	

hacerlas durante el parto? 0=No 1=Si 37. ¿La explicación fue clara y fácil de entender para Usted? 1. Muy clara 2. Clara 3. No estoy segura 4. Poco clara 5. Nada clara	salida del bebe (Episiotomía) 2. Apretarle la panza muy fuerte para ayudar a nacer al bebe 3. Raspado del útero sin anestesia (legrado) 4. Coser desgarros de la vagina o el tajo hecho sin anestesia.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
38. ¿Se sintió cuidada en su intimidad frente a otras personas durante el parto?	1. Siempre 2. Casi siempre 3. No estoy segura 4. Casi nunca 5. Nunca	☐	
39. ¿Usted atravesó alguna de las siguientes situaciones durante el parto? 1. Siempre 2. Casi siempre 3. No estoy segura 4. Casi nunca 5. Nunca	1. Le hicieron comentarios irónicos, descalificadores o chistes 2. La llamaron por sobrenombres o diminutivos (gordita, mami, etc) 3. Recibió críticas por llorar o gritar 4. Le dijeron que se mantuviera callada 5. No le permitieron hacer preguntas 6. Debió tener su parto acostada aunque Usted hubiese preferido hacerlo de otra forma (Ej: parada	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	

	o en cuclillas) 7. Le impidieron tener contacto inmediato con su hijo luego del nacimiento, sin motivo que lo justifique. 8. No le permitieron poner a su hijo al pecho antes de salir de la sala de partos, sin motivo que lo justifique. 9. Le cortaron el cordón umbilical a su bebé, antes de ponerlo en su pecho.	☐	
40. Durante el parto en algún momento estuvo sola en la sala sintiéndose descuidada por el personal de salud?	0. No 1. Si 99. No recuerda	☐	
41. ¿En cuál de las siguientes situaciones se encontraba cuando nació su hijo/a?	1. Atendida por personal de salud 2. Llegó el personal de salud justo cuando estaba naciendo. 3. Sola en la habitación, sin la atención de profesionales.	☐	
42. Durante el parto o cesárea ¿Le han permitido estar acompañada por la persona de su elección o confianza?	0. No 1. Si 99. No contesta/No recuerda	☐	
43. En algún momento durante el parto se sintió ...			

1. Siempre 2. Casi siempre 3. No estoy segura 4. Casi nunca 5. Nunca Humillada: ofendida o herida a solas o en público, lastimando su orgullo o su dignidad. Amenazada: le dieron a entender que ocurriría algo malo si no colaboraba u obedecía. Culpable: hacerla sentir responsable por haber hecho algo que le dijeron que era incorrecto	1. Humillada? 2. Amenazada? 3. Culpable?		
44. ¿Cree que los profesionales respetaron todo el tiempo que Usted necesitaba para hacer su parto tranquila?	1. Siempre 2. Casi siempre 3. No estoy segura 4. Casi nunca 5. Nunca		
45. Durante el trabajo de parto ¿Cree que recibió en algún momento falta de cuidados o malos tratos por ser... 0. No 1. Si 99. Desconoce/ No contesta	1. Adolescente? 2. Soltera o sola? 3. Por tener ya varios hijos? 4. Por haber estudiado poco o no haberlo hecho? 5. Por no tener trabajo o ser ama de casa? 6. Por tener alguna		

	enfermedad anterior al embarazo?		
C) DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO			
46. Mencione cual/cuales de estas prácticas le realizaron al llegar a la sala luego del parto: 0=No 1=Si	1. Control de presión, latidos cardiacos y temperatura 2. Control del sangrado mirando los paños protectores 3. Palpación de su abdomen bajo	Realiz/Perm 	
47. ¿Solicitaron su permiso antes de hacerle las practicas antes citadas para el control? 0=No 1=Si			
48. ¿Le explicaron a Usted la importancia que tenían esas prácticas y por lo cual debían hacerlas luego del parto? 0=No 1=Si	1. Control de presión, latidos cardiacos y temperatura 2. Control del sangrado mirando los paños protectores 3. Palpación de su abdomen bajo	Explic/Clarid 	
49. ¿La explicación fue clara y fácil de entender para Usted? 1. Muy clara 2. Clara 3. No estoy segura 4. Poco clara 5. Nada clara			

	contacto inmediato con su hijo, sin motivo que lo justifique.	☐	
53. Durante el puerperio ¿En algún momento estuvo sola sintiéndose descuidada por el personal de salud?	0. No 1. Si 99. No contesta/ No recuerda	☐	
54. En la sala de puerperio ¿Le permitieron estar acompañada por un familiar u otra persona de su confianza?	0. No 1. Si 99. No contesta/ No recuerda	☐	
55. En algún momento en la sala de puérperas, luego del parto, se sintió... 1. Siempre 2. Casi siempre 3. No estoy segura 4. Casi nunca 5. Nunca Humillada: ofendida o herida a solas o en público, lastimando su orgullo o su dignidad. Amenazada: le dieron a entender que ocurriría algo malo si no colaboraba u obedecía. Culpable: hacerla sentir responsable por haber hecho algo que le dijeron que era incorrecto	1. Humillada? 2. Amenazada? 3. Culpable?	☐ ☐ ☐	

56. Durante el trabajo de parto ¿Cree que recibió en algún momento falta de cuidados o malos tratos por ser... 0. No 1. Si 99. Desconoce/ No contesta	1. Adolescente? 2. Soltera o sola? 3. Por tener ya varios hijos? 4. Por haber estudiado poco o no haberlo hecho? 5. Por no tener trabajo o ser ama de casa? 6. Por tener alguna enfermedad anterior al embarazo?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
CONOCIMIENTO SOBRE DERECHOS REPRODUCTIVOS Y VIOLENCIA OBSTETRICA			
57. ¿Conoce alguna ley argentina que proteja los derechos de las mujeres durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio?	0=No 1=Si 2=No estoy segura	☐	
58. Conoce Usted que la Ley de Parto Humanizado defiende sus derechos durante el control de embarazo, trabajo de parto, parto y postparto?	0=No 1=Si 2= No estoy segura	☐	
59. ¿Conoce el término de “violencia obstétrica” y su significado?	0=No 1=Si 2=No estoy segura	☐	Preg. 58
60. Si le sucediera ¿Sabría cómo hacer para denunciar el maltrato ejercido durante el trabajo de parto,	0=No 1=Si 2=No estoy segura	☐	Preg. 62

parto y puerperio?			
61. ¿Cuál es el mecanismo y/o lugar para realizar la denuncia por violencia obstétrica? (No leer: carta de denuncia con instructivo de llenado para Defensoría del Pueblo de la Nación - Ministerio de Justicia y Derechos Humanos ò Llamada Línea Telef. 144 del Consejo Nacional de las Mujeres)	1. Lo conoce 2.Lo conoce parcialmente 3. Lo desconoce	☐	
62. Si le sucediera ¿estaría dispuesta a denunciar el maltrato ejercido durante el trabajo de parto, parto y puerperio?	0= No 1=Si 2=No estoy segura	☐	
63. Ha escuchado que existen organismos nacionales y provinciales que apoyan a las mujeres víctimas de violencia?	0= No 1=Si 2=No estoy segura	☐	FIN

Preguntar si quiere comentar algo más.

Agradecer por el tiempo dedicado.

Anexo 5



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proveedor de Salud

PROTOCOLO DE PROYECTO TERMINAL

Estimado(a) profesional de la salud:

Introducción/Objetivo:

La médica María Eugenia Marcon, estudiante de la Maestría de Salud Pública en Servicio, dependiente del Instituto Nacional de Salud Pública de México, se encuentra realizando un estudio de investigación. El objetivo del estudio es saber acerca del conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos que tienen los proveedores de salud relacionados con la atención de las mujeres embarazadas. El estudio se está realizando en el Servicio de Obstetricia del Hospital Zonal Adolfo Margara.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

Deberá completar un cuestionario que contiene algunas preguntas acerca de sus antecedentes personales y relacionados con su actividad laboral, como por ejemplo, edad, años de desempeño en esta tarea, cantidad de horas que trabaja, especialidad alcanzada, y cuestiones generales acerca del conocimiento que posee sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante el trabajo de parto, parto y puerperio. El cuestionario tendrá una duración aproximada de 10 a 15 minutos. Podrá realizarlo en el Servicio de Obstetricia donde desempeña sus funciones durante su horario de trabajo habitual. Este cuestionario es de tipo autoadministrado.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar, estará colaborando con el Departamento de Perinatología de la Provincia de Chubut para mejorar la calidad de atención perinatal en el Hospital Zonal Adolfo Margara.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera su trabajo en el hospital.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: Dra. Mariana Romero, contacto mail marianaromero64@yahoo.com.ar

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética del INSP, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono +52(777) 329-3000 ext. 7424 de 8:00 am a 16:00 hs. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento para su participación en el estudio

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del participante:

Fecha (día/mes/año):

Firma:

Nombre completo del Testigo 1:

Fecha (día/mes/año):

Dirección:

Firma:

Relación con el participante:

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento:

Fecha (día/mes/año):



Versión Aprobada: DICIEMBRE 30, 2016.

PT 258, Folio Identificador: R89

Copia sellada en archivo

Anexo 6



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE MEXICO
Cuestionario para proveedores de salud
Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Zonal Adolfo Margara

(Para ser completado por el entrevistador)

Nº de folio: _____ Nº Clave del entrevistado _____

Fecha de aplicación: _____ Hora de aplicación: _____

Instrucciones

Estimado/a participante:

El siguiente cuestionario tiene como objetivo obtener información sobre la atención de las mujeres que acuden a este hospital para el nacimiento de sus hijos.

Este cuestionario le tomara 15 minutos realizarlo. La información recabada será utilizada para un trabajo de investigación en el contexto de la presentación del Proyecto Terminal para obtener el grado de Maestro en Salud Pública.

No es necesaria su identificación personal, pues es una encuesta **anónima**, pero son de sumo interés los datos veraces y fidedignos que pueda aportar.

Es necesario que complete escribiendo con letra clara:

-en el espacio al inicio de cada pregunta, la opción que eligió debajo de la misma

- en el recuadro que se encuentra al lado de la pregunta con números absolutos

-marcar los espacios con una cruz cada vez que se le solicite

¡Muchas gracias por su comprometida y valiosa información!

Parte I: Antecedentes personales

1) _____ **Seleccione la respuesta que corresponda. Usted es:**

1. Varón

2. Mujer

2) **¿Cuántos años de edad tiene?**

3) _____ **¿Cuál es el nivel de educación alcanzado?**

-
1. Primario completo
 2. Secundario completo
 3. Tecnicatura
 4. Universitario
 5. Posgrado/ Maestría/ Doctorado

Parte II: Características laborales

4) ¿Cuántos años de experiencia laboral tiene en esta actividad? (En años cumplidos. Si es menor a 1 año deberá anotar 0)

5) ¿Cuál es su ocupación?

1. Partera
2. Médico/a obstetra
3. Enfermero/a
4. Médico residente

6) ¿En qué sistema de salud trabaja?

1. Solo público
2. Público y privado

7) ¿Cuántas horas trabaja en promedio por semana sumando el total de su actividad laboral (dentro y fuera de este hospital)? (Sin contar las guardias)

8) ¿Cuántas guardias realiza en total por semana? (Sumado público y privado)

1. De 6 horas 2. De 8 horas 3. De 12 horas 4. De 24 horas

9) _____ ¿Considera que es excesiva la cantidad de horas que trabaja por semana? (Incluyendo público y privado)

1. No → Si Ud. responde NO, pase a la pregunta N° 11
2. Si
3. Desconoce

10) _____ ¿Qué cambios ha notado en su rendimiento durante el último año, que considere se deban al agotamiento por el exceso de trabajo? (Marque todas las que considere)

1. Físico
2. Intelectual
3. Emocional
4. Ninguno

11) _____ ¿Con qué frecuencia y qué tipo de maltrato por parte de su superior recibió durante su formación como profesional realizando las prácticas hospitalarias? (Marque cada una de las tres opciones con una cruz donde corresponda)

	Siempre	Casi siempre	No estoy seguro	Casi nunca	Nunca
1. Verbal (insultos)					
2. Emocional (ignorarlo, humillarlo, descalificarlo)					
3. Físico (golpe, empujón)					

12) _____ ¿Con qué frecuencia y que tipo de maltrato recibió por parte de sus compañeros o jefes durante el último año? (Marque cada una de las tres opciones con una cruz donde corresponda)

	Siempre	Casi siempre	No estoy seguro	Casi nunca	Nunca
1. Verbal (insultos)					
2. Emocional (ignorarlo, humillarlo, descalificarlo)					
3. Físico (golpe, empujón)					

Parte III: Conocimientos

13) _____ ¿Conoce alguna ley argentina que proteja los derechos reproductivos de las mujeres? (Si recuerda su nombre escríbalo por favor)

-
1. No
 2. Sí. Su nombre es _____
 3. Estoy en duda

14) _____ ¿Está familiarizado con el término de “violencia obstétrica”?

1. No
2. Si
3. Estoy en duda

15) _____ ¿Conoce alguna ley argentina que hable sobre Violencia Obstétrica? (Si recuerda su nombre escríbalo por favor)

1. No
2. Sí. Su nombre es _____
3. Estoy en duda

16) _____ En su opinión o conocimiento ¿Quién podría ejercer Violencia Obstétrica en el Hospital? (Marque todas las que considere)

1. Médico/a
2. Enfermero/a
3. Partera
4. Cualquier integrante del equipo de salud
5. No lo sabe

17) _____ ¿Conoce cuál es el mecanismo y/o lugar para realizar la denuncia correspondiente en caso de violencia obstétrica? (Si lo conoce escríbalo por favor)

1. No
2. Sí. Mecanismo o lugar de denuncia _____
3. Estoy en duda

18) _____ ¿Conoce cuáles son los organismos gubernamentales argentinos capaces de brindar ayuda a las mujeres víctimas de violencia obstétrica? (Si lo conoce escríbalo por favor)

1. No
2. Sí. Mecanismo o lugar de denuncia _____
3. Estoy en duda

19) _____ Responda si en los 2 (dos) últimos años ha recibido capacitación formal en: (Marque cada una de las tres opciones con una cruz donde corresponda)

	No	Si	No estoy seguro/ No recuerdo
1. Derechos reproductivos de las mujeres			
2. Atención del trabajo de parto, parto y puerperio con el modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.			
3. Prevención de violencia obstétrica			

20) _____ ¿Existe alguna norma o protocolo sobre la atención a la mujer embarazada durante el trabajo de parto, parto y puerperio en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de este Hospital?

1. No → Si responde No, pase a la pregunta N° 24
2. Si
3. Estoy en duda/No recuerdo

21) _____ En caso de que la norma exista, ¿Tiene algún apartado referido a la calidad de atención desde la perspectiva de los derechos reproductivos de las mujeres y las leyes que los protegen?

1. No
2. Si
3. Estoy en duda/No recuerdo

22) _____ En caso de que la norma exista, ¿Se encuentra al alcance y con fácil acceso para ser consultada por cualquier integrante del equipo de salud en todo momento?

Siempre

Casi siempre

No estoy seguro

Casi nunca

Nunca

23) En caso de que la norma exista, ¿Cuántas veces la consultó aproximadamente en los últimos 6 meses?

Parte IV. Actitudes

24) _____ ¿Considera Ud. que el maltrato a una embarazada en los servicios de salud, constituye un problema de salud?

No

Si

No estoy seguro/a

25) _____ ¿Ha sido testigo en el hospital de maltrato hacia una mujer durante el trabajo de parto, parto y/ o puerperio?

No

Si

No estoy seguro/a

26)_____ En caso de haber sido testigo de maltrato durante el trabajo de parto, parto y/o puerperio de una mujer, ¿Quién fue el responsable? (Marque todas las que considere correctas)

Partera

Médico/a obstetra

Enfermero/a

Médico/a residente

27) _____ ¿Considera adecuado que la mujer pueda decidir durante su trabajo de parto, parto o puerperio, sobre la realización o no de algunas prácticas clínicas (episiotomía, rasurado)?

No

Si

No estoy seguro/a

28) Teniendo en cuenta que no existen respuestas buenas o respuestas malas, marque con una cruz en cada uno de los siguientes 5 enunciados la respuesta que Ud. considera más adecuada según su criterio.

Cuando la mujer padece de maltrato en el hospital durante su trabajo de parto, parto y/o puerperio, el responsable es:					
	En desacuerdo	Parcialmente desacuerdo	Ni acuerdo/ ni desacuerdo	Parcialmente acuerdo	Total mente de acuerdo
1. La mujer					
2. El equipo de salud					
3. La familia de la mujer					
4. El funcionamiento del hospital					
5. La infraestructura hospitalaria					

29) _____ Si Ud. presenciara una situación que a su parecer o conocimiento se tratara de Violencia Obstétrica, ¿Estaría dispuesto a realizar la denuncia?

No

Si

No está seguro/a

Parte V. Prácticas.

Para contestar las siguientes preguntas, por favor piense en las mujeres que atendió durante el trabajo de parto, parto o puerperio, **en el último mes**.

a) TRABAJO DE PARTO

30) _____ Durante el control del trabajo de parto, ¿con qué frecuencia realizó el tacto vaginal?

1 tacto por hora

1 tacto cada 4 horas

Cuando lo creyó conveniente

No realizó ningún tacto

No es su función realizar tactos

31) Durante el trabajo de parto indica o realiza a la embarazada de manera rutinaria: (Marque con una cruz cada una de las 6 opciones, por si o por no)

	NO	SI
1. Enema (evacuación intestinal)		
2. Rasurado genital		
3. Ruptura artificial de membranas		
4. Colocación de vía endovenosa		
5. Infusión de oxitocina		
6. Sonda vesical		

32) Durante el trabajo de parto: (Marque con una cruz en cada opción según su caso)

	Siempre	Casi siempre	No estoy seguro	Casi nunca	Nunca
1. ¿Solicita autorización a la mujer antes de realizarle algún procedimiento?					
2. ¿Le explica previamente la importancia de realizar una intervención?					
3. ¿Presta atención en el cuidado de la intimidad de la mujer al realizar el procedimiento?					
4. ¿Le permite a la embarazada estar					

acompañada en todo momento por la persona que ella eligió?					
5. ¿Le permite a la embarazada deambular?					
6. ¿Le permite a la embarazada beber y alimentarse?					
7. ¿Le indica o coloca a la embarazada de manera rutinaria una vía endovenosa?					
8. ¿Le indica o coloca a la embarazada de manera rutinaria oxitócicos a través de la vía endovenosa?					
9. ¿Trata a todas las embarazadas por igual, sin diferenciar por edad, condición social o económica, etnia o religión?					
6. ¿Trata a todas las embarazadas con respeto y buena predisposición?					

b) **PARTO**

33) Durante el parto: (Marque con una cruz cada opción, según su experiencia)

	Siempre	Casi siempre	No estoy seguro	Casi nunca	Nunca
1. ¿Realiza cirugía cesárea solo si la indicación está médicamente justificada?					
2. ¿Realiza cirugía cesárea siempre que se lo pida la embarazada, aunque no esté médicamente justificada?					
3. ¿Solicita consentimiento informado por escrito a la embarazada previo a la realización de la cesárea?					
4. ¿Explica los beneficios del parto vaginal a la embarazada, cuando ésta solicita cesárea sin justificación médica?					
5. ¿Le permite a la embarazada estar acompañada en la cirugía cesárea por la persona que ella eligió?					
6. Si el parto es vaginal, ¿Le permite a la embarazada estar acompañada por la persona que ella eligió?					
7. Si el parto es vaginal ¿Le permite a la embarazada elegir la posición para pujar y parir? (sentada, cuclillas, arrodillada, horizontal, vertical, etc.)					

34) Si el parto se produce vía vaginal, indica o realiza a la mujer de manera rutinaria: (Marque con una cruz cada una de las 6 opciones, por si o por no)

	NO	SI
1. Episiotomía		
2. Maniobra de Kristeller (<i>empujar abdomen para expulsión fetal</i>)		
3. Legrado uterino de restos ovulares sin anestesia		
4. Sutura de desgarros o episiotomía sin anestesia		
5. Manejo activo del alumbramiento		

35) Durante el parto (vaginal o cirugía cesárea): (Marque con una cruz cada una de las opciones según su experiencia)

	Siempre	Casi siempre	No estoy seguro	Casi nunca	Nunca
1. ¿Cuida la intimidad de la mujer durante las intervenciones?					
2. ¿Solicita autorización a la mujer antes de realizarle algún procedimiento?					
3. ¿Le explica previamente la importancia de realizar una intervención?					
4. ¿Le permite a la embarazada estar acompañada en todo momento por la persona que ella eligió?					
5. ¿Coloca inmediatamente al recién nacido sobre el pecho de la madre, cortando posteriormente el cordón umbilical?					
6. ¿Permite y/o favorece la prenda del recién nacido al pecho materno (lactancia) desde la sala de partos?					

c) **PUERPERIO INMEDIATO** (Hasta 48 horas postparto)

36) ¿Que prácticas realiza habitualmente a la embarazada posterior al parto y como control de su puerperio inmediato? (Marque con una cruz cada opción según su práctica cotidiana)

	NO	SI
1. Control de signos vitales (<i>Presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura</i>)		
2. Control de sangrado vaginal (<i>observa paños</i>)		

protectores)		
3. Palpación hipogástrica (evalúa contracción uterina)		

37) Durante el puerperio inmediato: (Marque con una cruz cada una de las opciones según su experiencia)

	Siempre	Casi siempre	No estoy seguro	Casi nunca	Nunca
1. ¿Solicita autorización a la mujer antes de realizarle algún procedimiento?					
2. ¿Le explica previamente a la puérpera la importancia de realizar los controles ?					
3. ¿Presta atención en el cuidado de la intimidad de la mujer al realizar el procedimiento?					
4. ¿Le permite a la mujer puérpera estar acompañada en todo momento por la persona que ella eligió?					
5. ¿Trata a todas las mujeres puérperas por igual, sin diferenciar por edad, condición social o económica, etnia o religión?					
6. ¿Trata a todas las mujeres puérperas con respeto y buena predisposición?					

38)_____ ¿Realizó alguna vez una nota o denuncia por violencia, ejercida por otro profesional dentro de esta institución hacia la embarazada, durante el trabajo de parto, parto o puerperio?

No

Si

No recuerda

39) _____ ¿Qué tipo de violencia denunció?

Violencia obstétrica

Otro tipo de violencia

No recuerda.

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

Anexo 7



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proveedor de Salud

CAPACITACIÓN EN SERVICIO

Estimado(a) profesional de la salud:

Introducción/Objetivo:

La médica María Eugenia Marcon, lo/la invita a participar de una capacitación en el servicio de obstetricia del Hospital Zonal Adolfo Margara, sobre la calidad de la atención perinatal. El objetivo es trabajar sobre los conocimientos, actitudes y prácticas que Ud. desarrolla en el servicio con respecto a los derechos reproductivos de las mujeres en el contexto de la Estrategia de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia y el parto respetado.

Procedimientos:

Si Ud. acepta participar en la capacitación, ocurrirá lo siguiente:

Deberá asistir a 5 sesiones de capacitación entre 1:30 y 2:00 horas de duración cada una, impartida en su lugar y horario habitual de trabajo, que consistirán en actividades de aprendizaje de tipo individual y grupal en cada sesión. Se propone realizar un aprendizaje activo y colaborativo con el resto de los integrantes del grupo, fomentando el trabajo en equipo y posibilitando la aplicación de las destrezas adquiridas en el servicio donde Ud. trabaja.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio personal extra por su participación en la capacitación descrita, pero si acepta participar, tendrá la posibilidad de capacitarse sobre derechos reproductivos de las mujeres a las que asiste diariamente, favoreciendo la mejora de la calidad de la atención perinatal en su institución.

Confidencialidad: Toda la información que Ud. nos proporcione en el contexto de la capacitación, como así también la posible identificación de falta de conocimiento o destrezas tanto individuales como grupales que se detecten a lo largo de las sesiones, será considerada información confidencial que no se revelará en ninguna instancia, quedando dicha información dentro del grupo capacitado.

Compensación: Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en esta capacitación es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar, no afectará de ninguna manera su trabajo en el hospital.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: Dra. Mariana Romero, contacto mail marianaromero64@yahoo.com.ar, o Dra. Maria Eugenia Marcon, contacto mail meugeniamarcon@hotmail.com

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de la capacitación, puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética del INSP, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono +52(777) 329-3000 ext. 7424 de 8:00 am a 16:00 hs. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Si usted acepta participar en la capacitación, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento para su participación en el estudio

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en la presente capacitación.

Nombre del participante:

Fecha (día/mes/año):

Firma:

Nombre completo del Testigo 1:

Fecha (día/mes/año):

Dirección:

Firma:

Relación con el participante:

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento:

Fecha (día/mes/año):

ANEXO 8

UNIDAD DIDACTICA DE CAPACITACION 1			
TEMA: Sensibilización del proveedor para evitar la patologización y medicalización del nacimiento.			
COMPETENCIA INSTRUCCIONAL: Reconocer al trabajo de parto, parto y puerperio como procesos fisiológicos de la mujer, dentro del ámbito hospitalario. Aplicar un tratamiento personalizado a la usuaria según sus características y necesidades.			
TEMAS ABARCADOS: Parto humanizado. Normatividad Estrategia de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia			
DURACION DE LA ACTIVIDAD: 3 horas			
DURANTE LA SESION			
Tiempo de realización	Descripción de actividades	Recurso didáctico	Evaluación
5 minutos	Registro de asistencia	Cuaderno de asistencia	
25 minutos	Dinámica de presentación e integración: técnica la telaraña. Presentación del curso	Ovillo de hilo	Trabajo grupal
20 minutos	¿Cómo me siento frente a la atención de una embarazada? Técnica lluvia de ideas.	Cartulina, fibrones	Trabajo grupal
25 minutos	¿Qué cree que necesita la embarazada durante su atención en el hospital? Indicar 3 condiciones prioritarias. Técnica de corrillo	3 cartulinas, 3 fibrones	División en 3 grupos
15 minutos	Descanso.	Café	
25 minutos	Hegemonía en la práctica médica. Patologización y medicalización del nacimiento. Técnica expositiva.	Notebook, proyector	
40 minutos	Cuando me tratan como sana, cuando me tratan como enferma. Experiencia en trabajo de parto, parto y puerperio. Técnica de roleplay		División en 3 grupos
20 minutos	Conclusiones y cierre. Técnica del papelógrafo	Papelógrafo, fibrón	Trabajo grupal

Bibliografía: Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado. República Argentina, 2004.

Reglamentación de la Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado. República Argentina, 2015.

Estrategia de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia con Enfoque Intercultural. UNICEF, 2011

Metodología. CAPACITACION 1

Técnica de La Telaraña: se utiliza para presentar e integrar a un grupo. Los participantes se disponen en círculo. Se entrega un ovillo de hilo a uno de ellos. Éste se presenta con su nombre, ocupación y el motivo por el cual decide participar. Toma el extremo del hilo y lanza el ovillo hacia otro compañero que repite la dinámica, hasta que todos queden enlazados. El ultimo participante tira el ovillo en recorrido inverso al compañero que se lo dio, repitiendo su presentación. De la misma manera se repite hasta llegar al primer participante. Todos deberán estar muy atentos a las presentaciones, pues nadie sabe quién le lanzará el ovillo.

Técnica lluvia de ideas: se utiliza para obtener una conclusión grupal en relación a un problema que involucra a todo el grupo (en este caso las percepciones que generan las usuarias en los proveedores). Los participantes deben expresar sus ideas de a uno, mientras las aportaciones se anotan en la cartulina. Posteriormente se analizan todas las ideas tendiendo a priorizar las más importantes según la conducción del capacitador y a desarrollar conclusiones que guíen al grupo en la resolución de conflictos.

Técnica de corrillo: división de 1 grupo en subgrupos para analizar y discutir información, obteniendo la conclusión o producto (en este caso intentando generar un pensamiento empático del proveedor hacia la usuaria, pensando en las 3 instancias prioritarias para su atención según sus características). Los enunciados se escriben en la cartulina, y se presentan al resto justificando su selección. Discusión y conclusión grupal guiada por el capacitador.

Técnica expositiva: Se realizará una breve reseña sobre el surgimiento de los hospitales y las modalidades de nacimiento contrastando la época antigua y moderna, para comprender la génesis de algunas prácticas deletéreas que se conservan hasta la actualidad. Se analizará el significado de la medicalización y patologización durante el nacimiento según la ley de parto humanizado, enumerándose las prácticas encontradas que lo definen.

Técnica de roleplay: se muestra la representación de manera vivida y auténtica sobre situaciones de la vida real. Esta técnica se concentra en las actitudes de los proveedores, e involucra al resto del grupo como observador. Se conformarán 3 grupos que en base a lo trabajado anteriormente, desarrollará cada uno dramatizaciones sobre el trabajo de parto, parto y puerperio. Para cada fase, el grupo interpretará en no más de 2 minutos la forma incorrecta/inapropiada y posteriormente la correcta/apropiada de atención a la mujer (sin anticipar cual es cada una). El resto del equipo al observar, clasificará la atención de la mujer y analizará cada situación en la que se basó para su determinación. De esta manera se espera que el grupo reconozca y critique acciones y decisiones tomadas por el mismo, con anterioridad.

Técnica del papelógrafo: es un bloque de papel dispuesto como cuaderno donde se pueden sintetizar los temas tratados anteriormente. Se realizará un resumen grupal sobre las características de los proveedores, las necesidades de las usuarias y las prácticas por fase de nacimiento que evitan la patologización y medicalización de este proceso fisiológico.

UNIDAD DIDACTICA DE CAPACITACION 2	
TEMA : La mujer como sujeto de derecho (y no como objeto de intervención)	
COMPETENCIA INSTRUCCIONAL: Los proveedores podrán reconocer los derechos reproductivos de las usuarias en relación a la atención perinatal, desde una perspectiva ética y legal	
TEMAS ABARCADOS: Ley Nacional de Parto Humanizado Principios básicos de bioética relacionados a la atención del paciente	
DURACION DE LA ACTIVIDAD: 2 horas 30 minutos	

DURANTE LA SESION			
Tiempo de realización	Descripción de actividades	Recurso didáctico	Evaluación
5 minutos	Registro de asistencia	Cuaderno de asistencia	
15 minutos	Dinámica de integración grupal y distensión: El acordeón.		Trabajo grupal
15 minutos	Proyección de video testimonial sobre violencia obstétrica. Técnica de discusión guiada.	Notebook, proyector	Trabajo grupal
30 minutos	Ley de parto humanizado y principios bioéticos de la atención a la usuaria. Técnica expositiva.	Notebook, proyector	
15 minutos	Descanso	Café	
20 minutos	Reconocimiento de los derechos reproductivos vulnerados y principios bioéticos incumplidos según el testimonio del video. Técnica de corrillo	Cartulinas, fibrones	División en 3 grupos
20 minutos	Apartado sobre derechos reproductivos de la norma de atención de embarazo y parto. Lectura dirigida y discusión.	Copias de la norma de atención del embarazo y parto.	Trabajo grupal
20 minutos	Ponencia y repaso grupal de los derechos reproductivos por etapa de nacimiento. Técnica del papelógrafo.	Rotafolio, fibrones	Trabajo grupal

Bibliografía: Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado. República Argentina, 2004.

Reglamentación de la Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado. República Argentina, 2015.

Módulo II: Bioética y actuación enfermero. Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Medicina. Rep. Argentina, 2012.

Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los Derechos Humanos, OPS/OMS, 2013.

Video disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=yIJYe-wPLgA>

Metodología. CAPACITACION 2

Técnica de El Acordeón: Se divide al auditorio en grupos de 5. Cada grupo toma una hoja y la pliega en forma de acordeón. El objetivo es formar un poema colectivo. Cada integrante del equipo escribe dos versos en cada “tira del acordeón”, mirando solo el último verso del compañero anterior. Finalmente se lee el poema completo en voz alta. Al finalizar se realiza una analogía con el trabajo que el equipo realiza diariamente, enfatizando la importancia del trabajo coordinado y la comunicación.

Técnica de discusión guiada: propicia el debate y el respeto de las opiniones de los demás, y la capacidad de tolerarse y apoyarse frente a situaciones difíciles. Posterior a la presentación del video, se propone el intercambio de ideas conducido y estimulado por el coordinador, que se apoyará en un plan de preguntas abiertas prediseñado: ¿Qué piensan del video que vieron? ¿Ustedes han visto escenas similares? ¿Les parece que esto podría llegar a ocurrir en el hospital? ¿En qué condiciones ocurriría? ¿Creen que es una situación frecuente para las mujeres? ¿Es lo mismo atender a una mujer adulta que a una adolescente? ¿Qué harían si les sucediese a ustedes?

Técnica expositiva: se trabajará poniendo énfasis sobre temas específicos de la ley de parto humanizado relacionados a los hallazgos de la investigación: acompañamiento de la embarazada y sus beneficios, trato diferencial a la embarazada adolescente; evitación del uso de prácticas deletéreas como colocación rutinaria de vía endovenosa continua y oxitocina durante el trabajo de parto, y parto, cesárea sin justificación médica, sutura perineal sin efecto previo de la anestesia, impedimento para favorecer la lactancia materna en sala de partos. Dentro de los principios bioéticos, se explicarán el de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, a través de ejemplos concretos en relación al trabajo de parto, parto y puerperio.

Técnica de corrillo: división de 1 grupo en subgrupos para analizar y discutir información, obteniendo la conclusión o producto, (identificación de los derechos reproductivos vulnerados y principios bioéticos incumplidos expresados en el testimonio del video). Los enunciados se escriben en la cartulina, y se presentan al resto explicándolos. Conclusión grupal guiada por el capacitador.

Técnica de lectura dirigida: lectura grupal por párrafo en donde el coordinador hace pausas y comentarios en las partes relevantes del documento para profundizar el tema. Se realizará la lectura de la norma de atención de la embarazada y parto, para inspeccionar si se encuentran presentes los derechos reproductivos y normas éticas para su atención. Se propone la discusión grupal para determinar la información que debiera figurar explicando el motivo.

Técnica del papelógrafo: es un bloque de papel dispuesto como cuaderno donde se pueden sintetizar los temas tratados anteriormente. Se sintetizarán los derechos reproductivos trabajados durante el trabajo de parto, parto y puerperio, y los principios éticos a tener en cuenta durante la atención de las usuarias.

UNIDAD DIDACTICA DE CAPACITACION 3			
TEMA : Mejora de la comunicación entre el proveedor y la usuaria			
COMPETENCIA INSTRUCCIONAL: Los proveedores podrán reconocer los múltiples beneficios que representa la mejora de la comunicación para ambos.			
TEMAS ABARCADOS: Comunicación interpersonal y uso del lenguaje apropiado. Información sobre prácticas a las usuarias y solicitud de autorización. Consentimiento informado			
DURACION DE LA ACTIVIDAD: 2 horas 30 minutos			

DURANTE LA SESION			
Tiempo de realización	Descripción de actividades	Recurso didáctico	Evaluación
5 minutos	Registro de asistencia	Cuaderno de asistencia	
20 minutos	Dinámica de distensión y comunicación grupal. Técnica El Rumor		Trabajo grupal
30 minutos	Percepción de una práctica según la presencia o ausencia de comunicación. Técnica Gallito Ciego	Pañuelo, 3 cartulinas, fibrón	3 grupos
20 minutos	Características y tipos de comunicación interpersonal (verbal, no verbal). Técnica expositiva.	Notebook, cañón proyector	
15 minutos	Descanso		
30 minutos	Presentación de caso real sobre violencia obstétrica en el hospital: denuncia de la usuaria. Análisis de la comunicación durante el trabajo de parto, parto y puerperio: ¿Qué le hubieras dicho vos? Técnica de corrillo.	3 Papeles afiche, 3 fibrones	3 grupos
15 minutos	Resumen de los recursos necesarios y habilidades para la comunicación. Técnica del papelógrafo:	Rotafolio , fibrón	Trabajo grupal

Bibliografía: Lay Nacional del Parto Humanizado

La comunicación. Disponible en www.webgou.uma.es/archivos/comunicacion.pdf

J.A.D. Lorente, M.E. Jiménez. La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. MEDISAN 2009;13(1)

Metodología. CAPACITACION 3

Técnica El Rumor: se pretende demostrar como la comunicación se bloquea y se distorsiona según las interpretaciones que cada uno hace de la misma. Un grupo de 5 personas salen fuera. El coordinador leerá un texto con muchos datos en pocas líneas al primer voluntario. Este lo contará al segundo participante, que tendrá que contárselo al tercero, hasta llegar al quinto. Se comprobará que el mensaje ha sido reducido e incluso se habrán aportado datos nuevos. Se comentará la importancia de la comunicación efectiva entre el equipo y con las usuarias.

Técnica Gallito Ciego: se seleccionarán 3 voluntarios del grupo, el resto permanecerá en silencio observando. Al primero, el coordinador le vendará los ojos con un pañuelo, y sin mediar palabra le realizará distintas acciones (aplaudirle en el oído para asustarlo, acariciarle la cabeza, “pincharlo” con una birome, tomarlo de la mano para caminar por la sala, etc.). Al segundo, le vendará los ojos, y le anticipará las acciones a realizar en un idioma que no pueda comprender (por ejemplo inglés). Al tercero, luego de vendarle los ojos, se le explicará cada acción a realizar, se solicitará su permiso y se esperará a que se encuentre preparado para la acción. Luego cada uno de los voluntarios expresará el sentimiento que le generó su vivencia, el que será escrito en cada una de las tres cartulinas. Se guía la discusión del grupo para comprender la importancia de la comunicación clara y respetuosa, en base a lo que genera la falta de comunicación, o en su defecto la comunicación inefectiva.

Técnica expositiva: se brindarán herramientas conceptuales sobre las características de la comunicación efectiva para ser aplicadas con las usuarias en su labor cotidiana. Se abordará el tema de solicitud de autorización o consentimiento verbal y escrito, mencionando sus beneficios.

Técnica de corrillo: en base a la lectura de una denuncia por violencia obstétrica ocurrida en el hospital, los participantes se dividirán en 3 grupos para trabajar una fase distinta del nacimiento (trabajo de parto, parto y puerperio). La consigna es analizar y desarrollar las estrategias y comunicación efectiva que hubiesen utilizado para evitar el sufrimiento de la madre en cada una de las etapas y la denuncia de los proveedores. Al compartirlas con el resto del grupo, el coordinador guiará la discusión hacia el reconocimiento de la importancia de la solicitud de autorización verbal y escrita a la usuaria, la necesidad de explicación previa de las prácticas y el respeto por las decisiones de la mujer.

Técnica del papelógrafo: es un bloque de papel dispuesto como cuaderno donde se pueden sintetizar los temas tratados anteriormente. Se resumirán y anotarán los componentes de la comunicación y sus características y las principales estrategias comunicativas durante las 3 etapas del nacimiento.

UNIDAD DIDACTICA DE CAPACITACION 4
TEMA : Prácticas obstétricas: medicina basada en la evidencia para el trabajo de parto, parto y puerperio
COMPETENCIA INSTRUCCIONAL: El proveedor conocerá en detalle las prácticas que se realizan rutinariamente en el servicio, y que no presentan beneficio para la usuaria según la evidencia científica, constituyendo abuso físico.
TEMAS ABARCADOS: Prácticas clínicas en trabajo de parto, parto y puerperio- OMS/UNICEF Guía de atención del embarazo y parto.
DURACION DE LA ACTIVIDAD: 2 hora 30 minutos

DURANTE LA SESION			
Tiempo de realización	Descripción de actividades	Recurso didáctico	Evaluación
10 minutos	Registro de asistencia	Cuaderno de asistencia	
20 minutos	Dinámica de distensión e integración: Técnica: lo que me gusta de vos.		Trabajo grupal
25 minutos	¿Cómo lo hago yo? Técnica: competencia entre grupos y discusión	6 cartulinas, cinta adhesiva, hojas A4	División en 3 grupos
15 minutos	Descanso	Café	
30 minutos	Evidencia científica en la práctica obstétrica, durante el trabajo de parto, parto y puerperio. Técnica expositiva	Notebook, proyector	
30 minutos	Confección de propuestas factibles para trabajar en cada una de las prácticas. Técnica del corrillo	3 cartulinas	División en 3 grupos
15 minutos	Cierre de sesión. Técnica del paleógrafo	Rotafolio. Fibrones	Trabajo grupal

Bibliografía:

Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto, 2015. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179906/1/9789243507361_spa.pdf?ua=1

Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea, 2015. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1

Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Disponible en

http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf

Metodología. CAPACITACION 4

Técnica Lo que me gusta de vos: dinámica de distensión e integración grupal, que propicia el reconocimiento de las cualidades propias y de los compañeros. Los participantes en ronda girarán hacia la derecha quedando en fila. Sobre un papel adherido a la espalda del compañero que se encuentra delante, el compañero ubicado detrás, le escribirá con una sola palabra lo que le gusta de él (aptitudes sociales, habilidades, amabilidad, alegría, etc.). Luego cada uno tomará la hoja y leerá su cualidad, mientras que el compañero que lo escribió le explicará por qué lo dijo. Se resaltarán la importancia del reconocimiento del otro.

Técnica Competencia entre grupos: se dividirán en 3 grupos, cada uno se concentrará en un tema: trabajo de parto, parto o puerperio. A cada grupo se le entregarán 10 hojas de papel que no podrán leer. Allí figurarán prácticas clínicas y de comportamiento deletéreas y beneficiosas hacia las usuarias. Dada la orden, deberán leerlas y pegarlas al frente del salón en dos cartulinas: una que diga “Lo hago”, y otra “No lo hago”, según lo que habitualmente realicen. El grupo que primero pegue las 10 hojas será el ganador. Posteriormente se realizará una discusión donde deberán justificar su elección de acuerdo a la evidencia que conocen.

Técnica expositiva: De acuerdo a los resultados arrojados por la investigación en el servicio de obstetricia, se estudiará la evidencia científica en cada caso para demostrar cuales son las prácticas y comportamientos que resultan beneficiosos y deletéreos, entendiendo que el “habitus médico” no es suficiente para justificar las prácticas y que en ocasiones se constituye en abuso físico; también la importancia de que los médicos residentes incorporen como guía principal a la evidencia científica para desempeñarse en el servicio.

Técnica del corrillo: Divididos en 3 grupos, los participantes discutirán sobre las estrategias factibles (operativa y/o técnica) que pueden implementar en el servicio para cambiar las prácticas y comportamientos durante el trabajo de parto, parto y puerperio en base a lo aprendido. Escribirán dichas estrategias en una cartulina, que posteriormente serán presentadas al resto del grupo para discusión.

Técnica del papelógrafo: Se confeccionará en grupo un resumen de las primeras 3 prácticas y 3 comportamientos a cambiar, comprometiéndose a intentarlo y sostenerlo, producto de su análisis previo por considerarlo más factible.

UNIDAD DIDACTICA DE CAPACITACION 5.
TEMA: Evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas adquiridos durante la atención del trabajo de parto, parto y puerperio.
COMPETENCIA INSTRUCCIONAL: El proveedor será evaluado en cuanto a su pensamiento crítico, comunicación y trato interpersonal, trabajo en equipo, y conocimiento teórico.
TEMAS ABARCADOS: Conocimientos, actitudes y prácticas del proveedor.
DURACION DE LA ACTIVIDAD: 2 horas

DURANTE LA SESION			
Tiempo de realización	Descripción de actividades	Recurso didáctico	Evaluación
10 minutos	Registro de asistencia	Cuaderno de asistencia	
45 minutos	Representación de la atención a la usuaria en el hospital durante el trabajo de parto, parto y puerperio. Técnica de Roleplay.	Plantillas de evaluación	Trabajo grupal
15 minutos	Descanso	Café	
40 minutos	Discusión sobre la dramatización realizada y el puntaje otorgado por ítem. Fundamentación	Plantillas de evaluación	Trabajo grupal
20 minutos	Cierre de sesión. Técnica del papelógrafo.	Rotafolio. Fibrones	Trabajo grupal

Bibliografía:

R. Paul, L. Elder. La mini-guía para el Pensamiento crítico Conceptos y herramientas. Disponible en <https://www.criticalthinking.org/resources/PDF/SP-ConceptsandTools.pdf>

M. Espinoza. La comunicación interpersonal en los servicios de salud. Disponible en http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762003000200005

Elementos básicos del trabajo en equipo. Módulo1. Disponible en

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.cca.org.mx/apoyos/ap076/imprimibles/te1_m1.pdf&gws_rd=cr&dcr=0&ei=a23SWeqkOMGCwQTBzYbYBA

Metodología. EVALUACION SUMATIVA

Técnica de Roleplay: del grupo se seleccionarán al azar 5 participantes que representen a enfermera, partera, médico/a residente y médico/a de planta, el coordinador representará a la usuaria con la intención de generar las situaciones detonantes. Se les indicará organizarse y reproducir un día habitual de trabajo, con una mujer que concurre al hospital para el nacimiento de su hijo, incorporando lo compartido en las sesiones. Cada uno de los integrantes del resto del grupo, recibirá la guía de evaluación arriba descrita, y observando detenidamente, podrá calificar con la mayor objetividad posible por apartado, de 1 (puntuación mínima) a 5 (puntuación máxima), el desempeño observado.

Discusión: finalizada la dramatización, se solicitará a los participantes que expresen como se sintieron con respecto al cambio propuesto, de la misma manera como se sintió tratada la usuaria. El resto del grupo expondrá y justificará el puntaje de evaluación otorgado, de esta manera se reconocerán los ítems en los que se debe continuar trabajando. En la evaluación se tendrán en cuenta:

- Las habilidades cognitivas de los proveedores como el pensamiento crítico y la capacidad de utilizar lo aprendido en situaciones cotidianas de su desempeño laboral.
- El desarrollo de la sensibilidad para el trato interpersonal con la usuaria y los pares, teniendo en cuenta la diversidad de contextos y personas.
- La capacidad de los proveedores para trabajar en equipo (cooperación, intercambio, flexibilidad).
- La adquisición o modificación de conocimientos teóricos basados en la evidencia científica.

Cierre de sesión: se escribirá en el papelógrafo los ítems alcanzados y aquellos que aún deben trabajarse. Se realizará una lectura rápida de las conclusiones anotadas allí en cada sesión.

A continuación se muestra la plantilla de evaluación.

PLANTILLA DE EVALUACIÓN

Características a evaluar	Esperado	Observado Puntuación: 1 a 5 puntos
Pensamiento critico	Fluidez: cantidad de ideas producidas Flexibilidad: variedad y heterogenicidad en las ideas producidas Originalidad: aporte de nueva solución Viabilidad: posibilidad de poner en práctica la solución	
Comunicación y trato interpersonal	Verbal: Uso de lenguaje comprensible Llamarla por su nombre Solicitud de autorización previo a la práctica (verbal-escrita) Explicación del procedimiento previo a su realización No verbal: Tono suave no imperativo Gesto amable y tranquilo	
Trabajo en Equipo	Actitudes activas de los integrantes Actitudes positivas en el trabajo conjunto Actitudes flexibles con el compañero	
Conocimiento teórico	Prácticas Clínicas Trabajo de parto: vía intermitente, sin amniorrexis ni oxitocina de rutina, acompañamiento, deambulación, alimentación. Parto: selección de posición, acompañamiento, indicación de cesárea, sin episiotomía de rutina, sin Kristeller, corte tardío de cordón, sutura con anestesia, contacto piel a piel, amamantar. Puerperio: contacto inmediato con hijo/a, acompañamiento, control clínico para descartar hemorragia y sepsis, promoción de lactancia materna, anticoncepción, control de vacunación.	

Encuesta anónima de satisfacción de la actividad formativa

NOMBRE DEL CURSO:	Nº de encuesta
Nª de SESION:	
FECHA:	

Señale, por favor, haciendo un círculo en el recuadro correspondiente, su valoración del curso en una escala de 1 a 4, donde 1 indica la puntuación más baja y 4 la más alta, en los siguientes aspectos:

ORGANIZACIÓN:

	—		+
1.- Organización del curso	1	2	3
2.- Duración del curso	1	2	3
3.- Horario del curso	1	2	3

ACTIVIDAD FORMATIVA:

1.- Conocimientos adquiridos	1	2	3	4
2.- Metodología empleada para los objetivos pretendidos	1	2	3	4
3.- Medios pedagógicos (ejercicios, casos prácticos)	1	2	3	4
4.- Materiales didácticos (documentación)	1	2	3	4
5.- Medios pedagógicos de apoyo (ordenadores, cañón, pizarra, etc.)	1	2	3	4

EVALUACIÓN GLOBAL:

1.- Cumplimiento de los objetivos del curso	1	2	3	4
2.- Aplicación del contenido a su tarea profesional	1	2	3	4
3.- Opinión global del curso	1	2	3	4

PROFESORADO:

	D/Dª	D/Dª ...
1. Conocimientos en la materia impartida	1	1
2. Claridad de sus respuestas	1	1
3. Dominio en los aspectos prácticos	1	1
4. Interés que despierta en clase	1	1
5. Cumplimiento del programa	1	1
6. Fomento de la participación de los alumnos	1	1
7. Evaluación global	1	1

Sigue al dorso ➞

Indique, cualquier sugerencia o comentario que desee, sobre los aspectos valorados anteriormente con objeto de mejorar la actuación formativa:

Organización:

.....

.....

.....

.....

.....

Actividad Formativa:

.....

.....

.....

.....

.....

Profesorado:

.....

.....

.....

.....

.....

¡Muchas gracias por su participación!