

La violencia obstétrica en la ciudad de Trujillo, Perú

The obstetric violence in Trujillo city, Peru

Autor: María Alejandra Guerra Gómez*

Recepción: 14 de marzo de 2023.

Aceptación: 20 de abril de 2023.

RESUMEN: La presente investigación tiene por objetivo determinar si existe violencia obstétrica en la ciudad de Trujillo, para lo cual empleó el enfoque cualitativo, diseño de investigación narrativo-analítico, centrándose en estudiar una muestra de usuarias que dieron a luz de manera natural o por cesárea en hospitales de la ciudad de Trujillo, identificando sus experiencias en relación a la violencia obstétrica. Asimismo, se solicitó información a los principales centros de salud de Trujillo, con el propósito de determinar si cuentan con normas, planes, procedimientos y/o instrumentos para evitar la violencia obstétrica. Se llega a la conclusión que existe violencia obstétrica en Trujillo y que no regulación ni política ni jurídica sobre el tema. Finalmente se resalta que es necesaria la creación de una normas y políticas públicas que estén orientada a la búsqueda de la disminución y erradicación de la violencia obstétrica.

PALABRAS CLAVES: Violencia obstétrica, violencia de género, derecho a la salud, políticas públicas.

* Licenciada en Ciencia Política y Gobernabilidad por la Universidad Nacional de Trujillo. Estudiante de Maestría en Docencia Universitaria en la Universidad César Vallejo. Trabajador independiente. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8974-2753>. Correo electrónico: male.magg@gmail.com. Este artículo se basa en la tesis de la autora para obtener el título de Licenciada en Ciencia Política.

ABSTRACT: *The objective of this investigation is to determine if there is obstetric violence in the city of Trujillo, for which it used the qualitative approach, narrative-analytical research design, focusing on studying a sample of users who gave birth naturally or by cesarean section in hospitals in the city of Trujillo, identifying their experiences in relation to obstetric violence. Likewise, information was requested from the main health centers of Trujillo, with the purpose of determining if they have norms, plans, procedures and/or instruments to avoid obstetric violence. The conclusion is reached that there is obstetric violence in Trujillo and that there is no political or legal regulation on the subject. Finally, it is highlighted that it is necessary to create norms and public policies that are oriented towards the search for the reduction and eradication of obstetric violence.*

KEYWORDS: *Obstetric violence, gender violence, right to health, public politics.*

SUMARIO: *I. Introducción.- II. Materiales y métodos.- III. Resultados.- 3.1 Encuestas realizadas a la unidad de análisis mujeres en edad fértil.- 3.2 Solicitudes de acceso a la información pública.- 3.3 Entrevistas realizadas a la unidad de análisis servidores de salud.- IV. Discusión.- V. Conclusiones.- VI. Referencias.*

I. Introducción

Hoy en día, la violencia obstétrica se ha convertido en un tema frecuente en foros, congresos académicos, incluso en el ámbito de la política. Se trata sin duda de un problema de alta gravedad y complejidad que incide en las mujeres e impide que estas puedan realizarse de manera libre y plena. Según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Estado peruano (2016), se puede definir a la violencia de género como toda “acción basada en el género que ocasione muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a una persona. Generalmente ocurre como consecuencia de la discriminación sistemática contra la mujer y contra los que se oponen al sistema de género” (p.23).

Como se aprecia, la violencia de género no solo se relaciona con la violencia dirigida contra las mujeres, sino en general contra aquellos que confrontan el patrón del género establecido en una sociedad. Es una categoría mucho más compleja de lo que comúnmente se piensa. La violencia de género surge como resultado de las relaciones establecidas en la sociedad entre mujeres y hombres. Quienes cometen el maltrato son un efecto adicional del patriarcado, que perpetúa la desigualdad de género y los roles de género diferenciados para hombres y mujeres, tratando de sobreponer la superioridad de uno de estos grupos (García, 2018, p.40).

No basta con definirla, sino también hay que comprender las múltiples formas o situaciones en las que actúa, como la violencia sexual, económica, psicológica, política, entre otras.

En el caso particular de la violencia contra la mujer, siguiendo la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer, podemos entenderla como cualquier “acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que implique un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad”. Dentro de ella, hay tipo especial de violencia que sufren conocida como *violencia obstétrica*, aunque todavía se encuentra en investigación y análisis. Asumiendo una definición general, podemos entenderla como aquella que comprende un grupo de comportamientos que afectan negativamente, ya sea oprimiendo y amenazando a las mujeres en su salud reproductiva, particularmente desde que empieza el embarazo hasta incluso después del parto (García, 2018, p.42). En la misma línea, Arguedas (2014) ha definido a la violencia obstétrica como “un conglomerado de distintos mecanismos de control y opresión sobre los cuerpos/psiques de las mujeres y niñas que están embarazadas o que se encuentran en trabajo de parto” (p.159). A diferencia de la definición anterior, Arguedas resalta que esta violencia también puede ir contra las niñas.

De otro lado, también existen definiciones más específicas que identifican los elementos concretos de la violencia obstétrica. Por ejemplo, Bowser y Hill (2010) han identificado los elementos principales de la violencia obstétrica:

1. Abuso físico: que va en contra del derecho que tienen las mujeres a estar libres de malos tratos y de ser dañadas.
2. Atención no consentida: el derecho que vulnera es el que tiene toda mujer de acceder a información, a dar su consentimiento y a no recibir tratamiento no deseado, respetando sus opciones, lo que incluye estar acompañadas durante su atención en la maternidad.
3. Falta de confidencialidad durante la atención: atenta al derecho de las mujeres a la confidencialidad y la privacidad.
4. Atención no digna: vulnera el derecho de las mujeres a ser tratadas con respeto y dignidad ya que muchas veces se incluyen maltratos (tanto físicos, como verbales).
5. Discriminación basada en específicos atributos: va contra el derecho a la igualdad, a no sufrir discriminación.
6. Abandono o negación de atención: afecta el acceso a la salud.
7. Detención en centros de salud: afecta la libertad en sus distintas manifestaciones como libertad de tránsito, autodeterminación, etc. (Bowser & Hill, 2010, p.9)

En el campo de la enfermería, una reciente investigación realizada por Nascimento et al (2022) ha analizado una parte de la literatura sobre el tema y ha podido identificar los atributos más frecuentes del concepto de violencia obstétrica, los cuales se manifiestan en

cinco grupos de violencia. En su forma de violencia física, destacan como atributos la episiotomía, cesáreas injustificadas, uso de oxitocina, maniobra de Kristeller, intervenciones o procedimientos innecesarios y/o no consentidos, etc. Como violencia psicológica, resaltan las humillaciones, proporcionar información falsa, amenazas, gritos, abandono, etc. Como violencia institucional, no permitir la presencia de un acompañante, peregrinación en busca de ayuda, denegación de ingreso a las instituciones, retención de mujeres y recién nacidos, entre otros. Como violencia sexual, están los elementos del examen de tacto vaginal repetitivo, invasión de la intimidad de la mujer, abuso sexual, acoso sexual, etc. Finalmente, en el ámbito estructural, tenemos la falta de recursos humanos y materiales, infraestructura inadecuada, número insuficiente de camas, etc. (pp.14-15).

La violencia obstétrica es una problemática que no solo atañe al género, sino también a la salud. Es una práctica que ha estado presente por mucho tiempo, pero rara vez ha sido cuestionada y analizada desde sus circunstancias concomitantes. Muchas víctimas han llegado a aceptarla como una parte natural del proceso de dar a luz, lo que ha llevado a consecuencias negativas a largo plazo y les ha impedido desarrollarse adecuadamente. En relación a lo último, Ibone Olza Fernández cita el estudio de Cheryl Beck, en el cual se estudió los relatos de madres que tenían el síndrome de estrés postraumático con secuela obstétrica, identificando algunos patrones como “que a menudo recuerdan el parto, que están desconectadas de la realidad y no distinguen a sus bebés, que indagan de manera compulsiva información técnica sobre sus partes, que tienen una actitud de rechazo y molestia con los servidores del área de salud, que algunas rechazan volver a tener hijos” (2017, p.5). Como se aprecia, se trata de un problema que tiene serias consecuencias en las mujeres, pero no solo en ellas, también debe considerarse que esta violencia puede afectar la salud del recién nacido.

En la actualidad, muchas mujeres embarazadas son víctimas de tratos degradantes y abusos durante la atención médica, lo cual no solo afecta sus derechos a la salud e integridad, sino que vulnera su derecho a un trato con dignidad. En Latinoamérica, solo unos cuantos estados han adoptado normas para combatir este problema. Es el caso de Argentina, que mediante la Ley 25.929 del 25 de agosto de 2004 (B.O. 21/10/2004) “Ley de Parto Humanizado”, se establece el derecho de la madre a un parto adecuado, respetando sus tiempos psicológicos y biológicos, con el objetivo de evitar tratos degradantes, prácticas no consentidas o la injustificada medicalización para la madre y/o para su hijo recién nacido. Posteriormente, en 2009 se publicó la Ley 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”, que en su art. 6° inc. 3, define la violencia obstétrica como “un tipo de violencia cometida por los servidores de salud y cualquier personal que participa durante el parto”.

En el caso de Venezuela, este país cuenta con una legislación que protege a las mujeres en el embarazo, parto y postparto. En 2007, mediante la Ley N° 38.668, Ley Orgánica sobre el

derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, se convirtió en el primer país en legislar específicamente sobre la violencia obstétrica. Esta norma en su Art. 15 inc. 13 entiende a la violencia obstétrica, como “la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de aquellas mujeres por los servidores de salud, que se manifiesta en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales”.

En México, en abril de 2014 se presentó una iniciativa para eliminar la violencia obstétrica, lo que trajo como resultado la modificación de la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres. Incluso se estableció a la violencia obstétrica como un delito en el Código Penal del Estado de Chiapas, publicado en el año 2007. Este delito es entendido como cualquier acción u omisión por parte de los proveedores de atención médica que cause daño, lesión o incluso la muerte a la madre durante el embarazo, parto o postparto. Asimismo, se hace referencia a la negligencia médica como una forma de maltrato, ya sea por la prescripción innecesaria de medicamentos o procedimientos médicos como la cesárea, a pesar de que el parto natural es viable. Además, también se menciona la esterilización o uso de anticonceptivos sin el consentimiento de la mujer, y la negación del apego temprano del recién nacido con la madre, lo que impide la lactancia inmediata. A pesar de esto, muchos países de la región aún carecen de una legislación adecuada para abordar este problema.

En el caso del Perú, aunque hay algunos esfuerzos para estudiar y abordar este tema, todavía no hay una normativa directa ni investigaciones exhaustivas que reflejen la realidad de la violencia obstétrica. Sin embargo, es importante ser conscientes de la existencia de este problema. Entre las propuestas presentadas para combatir este problema está el proyecto de ley "Parto Humanizado" (Proyecto N° 1158/2011-CR¹), que busca proteger el derecho a un parto digno y natural. Además, sanciona no solo las intervenciones quirúrgicas innecesarias, sino cualquier violación relacionada con el "parto humanizado".

En Perú, como en muchos países de la región, la violencia obstétrica sigue siendo un problema muy preocupante. Un ejemplo claro de esto, es el caso de Melisa Jaramillo Reyes, quien, en enero de 2020, toda vez que se encontraba embarazada fue en busca de atención médica a una posta en Chao, Virú, La Libertad; sin embargo, no fue atendida y la remitieron al Hospital Belén, donde igualmente no la atendieron. Finalmente, su bebé nació muerto. Además, según informó El Grupo Radio Programas del Perú (2020), Melisa también habría sido víctima de malos tratos y comentarios despectivos por parte del personal médico. Este es solo uno de muchos casos de violencia obstétrica que sufren las mujeres en estas situaciones. No cabe duda que esta violencia es un problema latente que necesita ser regulado.

¹ Proyecto de dictamen recaído en el Proyecto de Ley 1158/2011-GR, que propone la Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y a la Salud de la Mujer Gestante y el Recién Nacido, elaborado por la Comisión de Salud y Población, en el periodo anual de sesiones 2014-2015

De otro lado, una cuestión a resaltar es que la violencia obstétrica afecta varios derechos de las mujeres. Además, del derecho a la vida, del derecho de acceso a la información, vulnera de un modo especial y en mayor medida el derecho fundamental a la salud. Este derecho ha sido comprendido como “la facultad de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación, lo que implica que el Estado debe fortalecer las instituciones prestadoras de salud, implementando políticas, planes y programas” (José Luis Correa Condori c. Ministerio de salud, 2004).

En efecto, el derecho a la salud se puede proteger de distintas maneras, tal como lo ha indicado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, en la medida que se pueden implementar distintos mecanismos desde un punto de vista preventivo y posterior como por ejemplo formular políticas públicas en materia de salud para evitar el contagio de enfermedades, fortalecimiento de hospitales e instituciones prestadoras de salud, cumplir los lineamientos y programas de salud recomendados por la OMS, etc. (2000, p.1).

Como se aprecia, claramente el derecho a la salud se trata de un derecho respecto del cual el Estado está obligado a cumplir ciertos requisitos indispensables, que no se agotan solo en infraestructura y medicamentos. La Observación General N° 14 ha precisado los elementos esenciales para garantizar el derecho a la salud, como son la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad². Tales criterios plantean una serie de exigencias al Estado. En tal sentido, frente a problemas graves que se han constituido en prácticas institucionales difundidas a gran escala, como el caso de la violencia obstétrica, se requieren políticas públicas integrales, que debe partir primero por la identificación de la gravedad del problema.

En el Perú, existe una falta de información el estudio de violencia obstétrica, la cual es un problema que afecta a las madres y las coloca en una posición vulnerable. Además, no hay investigaciones con datos precisos ni legislación específica que combatan la violencia obstétrica, lo que implica la necesidad de estudiar el tema. Es evidente, el estudio de esta temática en el Perú sería una empresa demasiado amplia y compleja; por lo cual, esta investigación se ha centrado en la ciudad de Trujillo. En dichos términos se plantea la justificación de la presente investigación.

II. Materiales y métodos

Se utilizó una encuesta para conseguir información necesaria pertinente y necesaria relacionada con la forma de ver y vivir la violencia obstétrica por parte de mujeres que recientemente hayan dado a luz ya sea naturalmente o no. La primera parte se orientó a obtener datos personales (edad, condición, lugar de atención), teniendo presente la ética se vio reflejada en el respeto y confidencialidad de los datos brindados. El segundo apartado

² Para complementar la explicación de cada uno de estos elementos y las exigencias que se derivan de ellos, se puede revisar Parra (2003). Véase también Wallace y Enriquez-Haass (2001).

estuvo conformado por interrogantes específicas para conseguir datos sobre si en su parto vivieron un contexto de desconocimiento o desinformación de los principales partes del proceso, igualmente saber si sufrieron malos tratos que podrían ser deshumanizadores, por parte de los servidores de la salud, saber si percibieron una aplicación excesiva de medicinas o en la manera de actuar de este personal. Finalmente, dos preguntas para las madres a las que se les practicó una cesárea, con el objetivo de conocer si estuvieron informadas, si había una necesidad, o si fue un abuso por parte del personal médico.

La muestra fue no probabilística. Lo que se buscó fue determinar características y circunstancias relacionadas a la violencia obstétrica. Nos basamos en las perspectivas de las madres que han sido tratadas en Hospitales de Trujillo en La Libertad. Los datos obtenidos de las madres que tuvieron a su bebé, natural o por cesárea en un hospital de Trujillo en el 2019, se estudiaron a través de una guía de encuesta, con preguntas relacionadas a las variables, para tener la oportunidad de sistematizar la información.

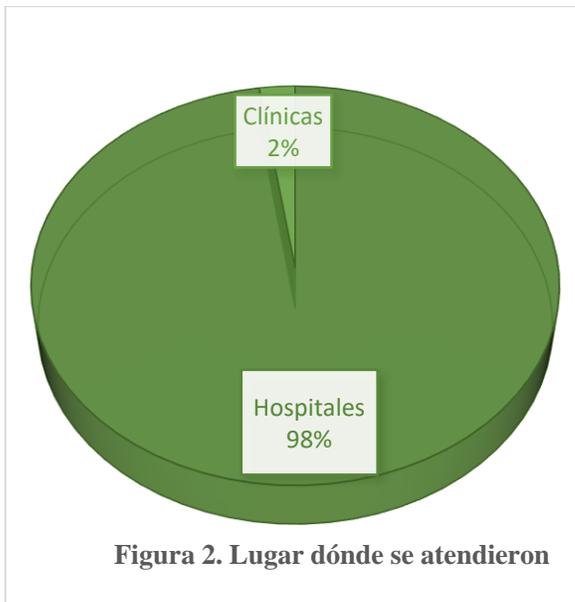
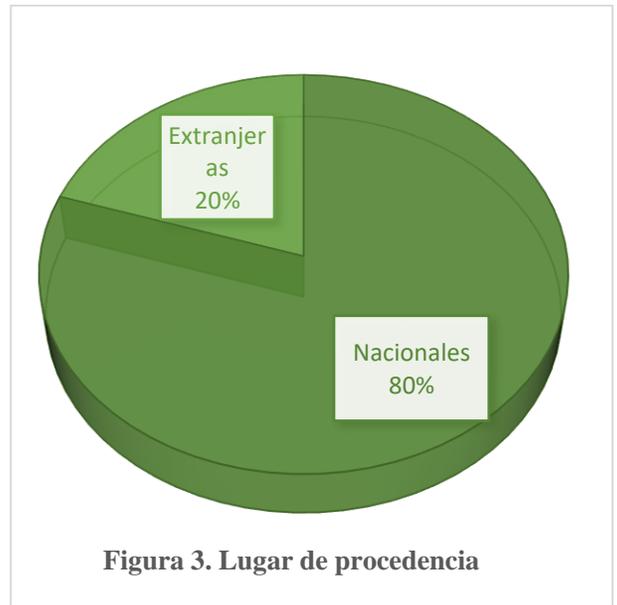
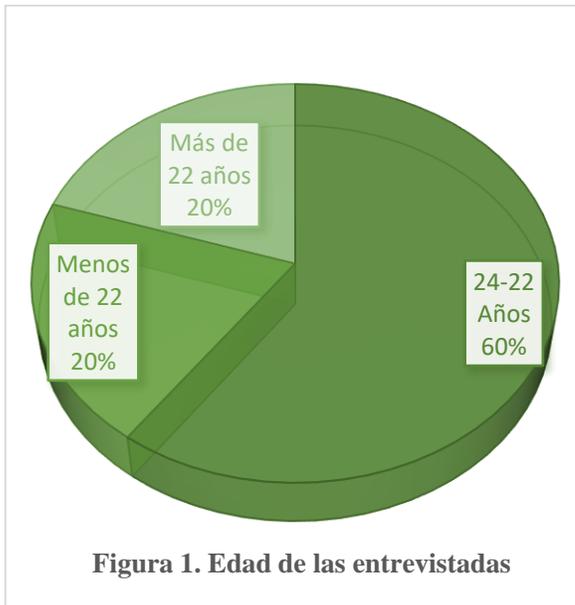
De otro lado, también se recopiló información de otro grupo de estudio. Al personal médico que labora en un hospital de Trujillo (obstetras, ginecólogos, enfermeros), se les practicó entrevistas, buscando información relacionada con su experiencia y vivencias profesionales con respecto a los hechos sobre la violencia obstétrica.

Asimismo, se recopiló información del Ministerio de Salud (MINSA) y El Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD), con la finalidad de conseguir datos sobre el número de partos dados en Trujillo en el año 2019, así como si hubo situaciones complejas en estos, saber si hay protocolos de acción concretos que tengan relación al servicio dado a las madres, especialmente en el embarazo, parto y post parto. Para ello se formularon solicitudes de acceso a la información pública. Se tuvo conocimiento de la cantidad de partes que se atendieron en la ciudad de Trujillo, los que sufrieron complicaciones, y saber si hay parámetros de acción en los que se evada cometer violencia obstétrica y corroborar la necesidad de regular la problemática.

III. Resultados:

3.1 Encuestas a la unidad de análisis mujeres en edad fértil

La muestra que se tuvo es una no probabilística, pues su objetivo es acercarnos a establecer características y situaciones parecidas o que puedan incurrir en de violencia obstétrica. Teniendo como base la percepción de las usuarias (mujeres en edad fértil) que hayan sido atendidas en Hospitales de nivel III en la ciudad de Trujillo - región La Libertad.



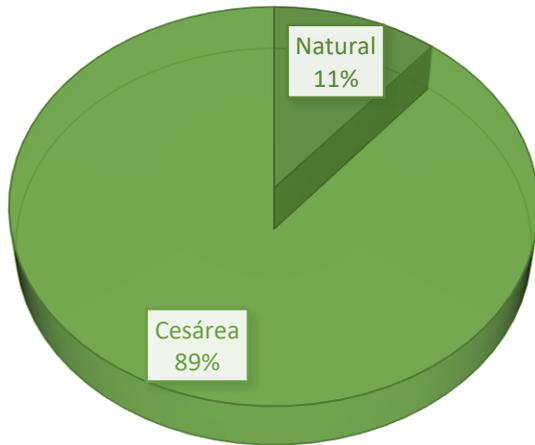


Figura 5. Forma del parto

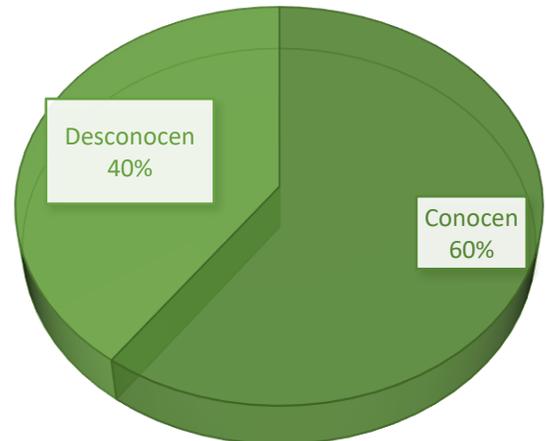


Figura 7. Conocimiento de violencia obstétrica

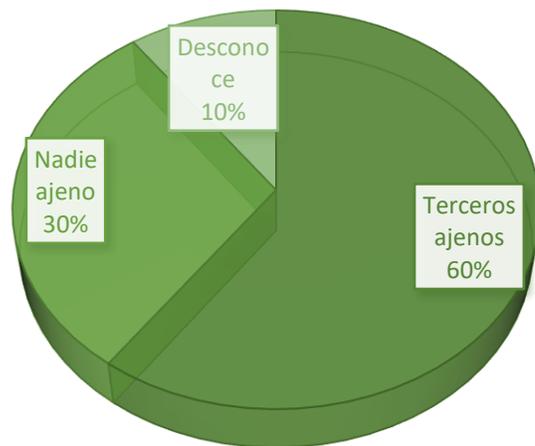


Figura 6. Personal de salud que intervino

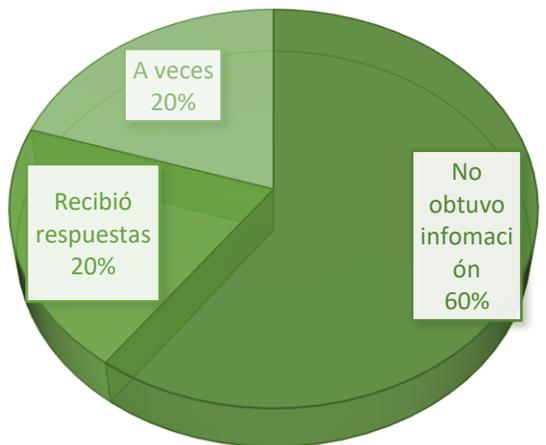
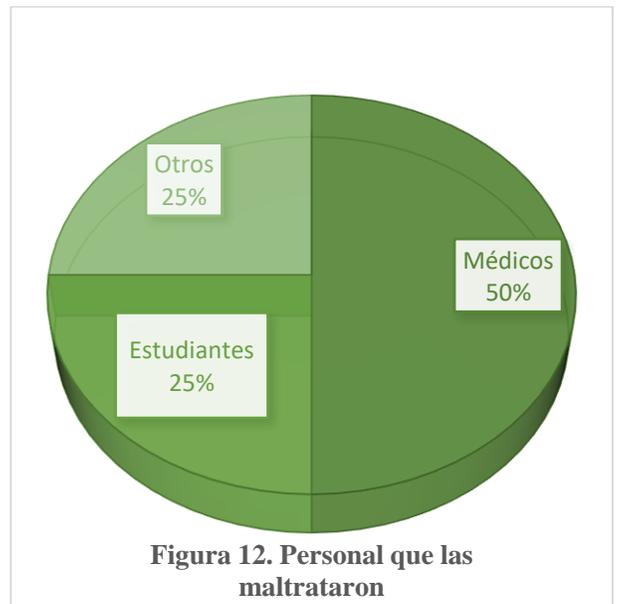
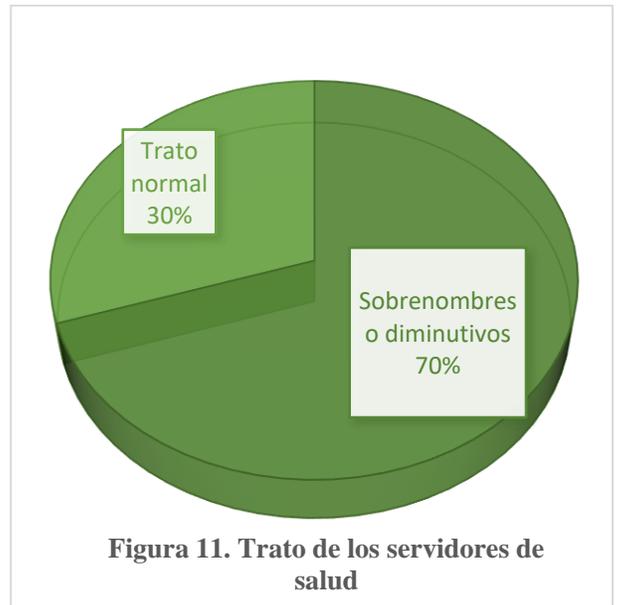
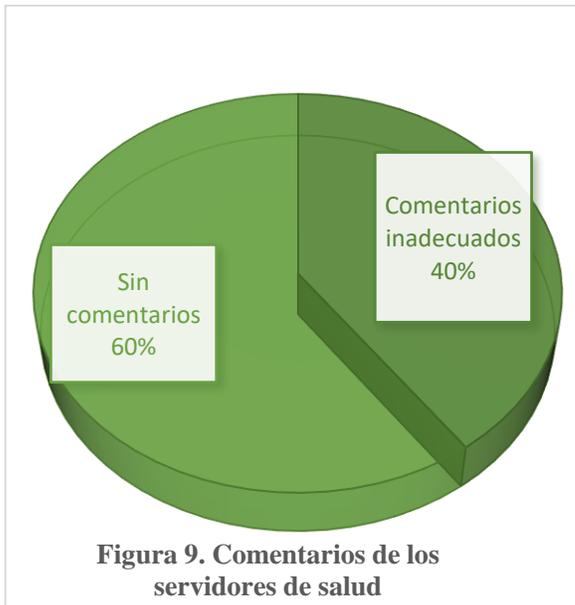


Figura 8. Información brindada



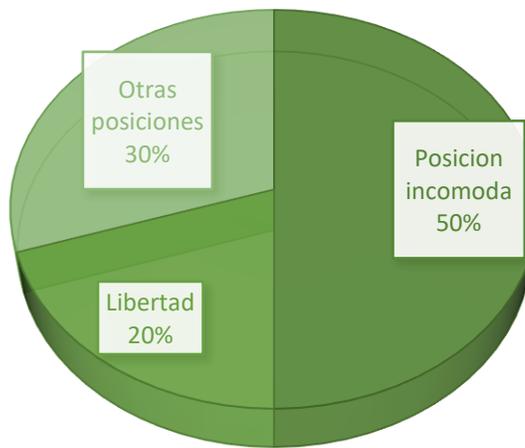


Figura 13. Postura durante el parto

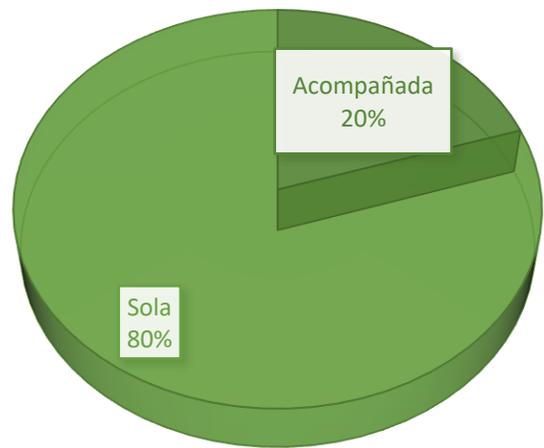


Figura 15. Le permitieron estar acompañada

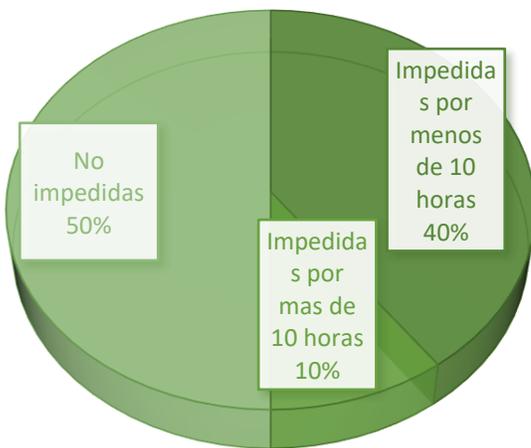


Figura 14. Sobre el apego precoz

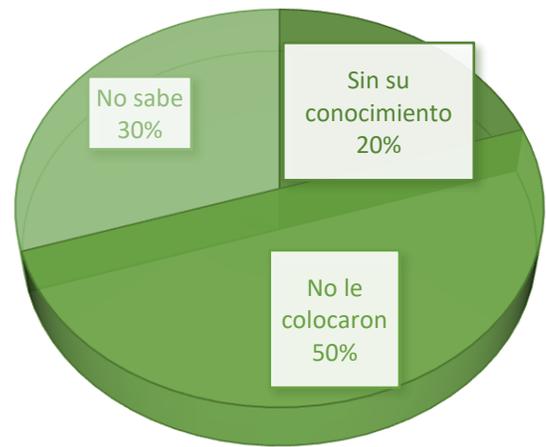


Figura 16. Medicación sin conocimiento



Figura 17. Amenazadas para firmar documentos

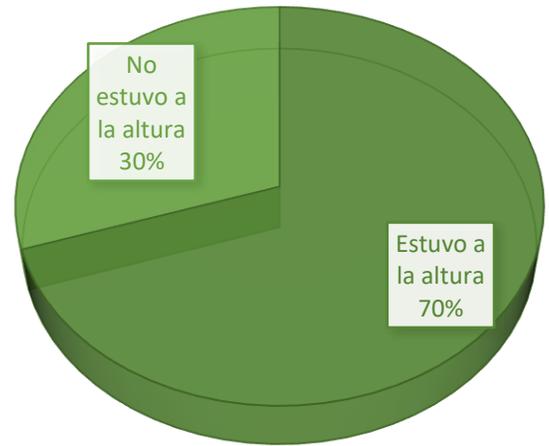


Figura 19. Percepción sobre su comportamiento

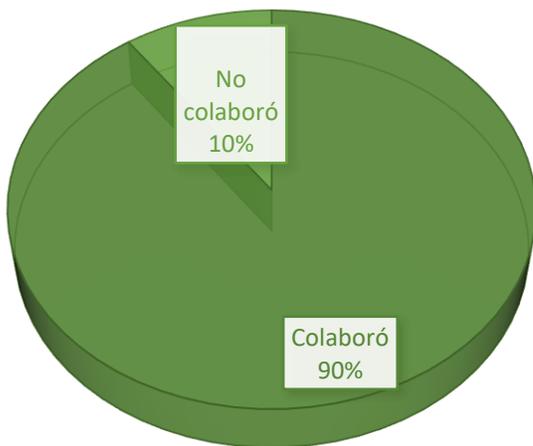


Figura 18. Percepción sobre su colaboración

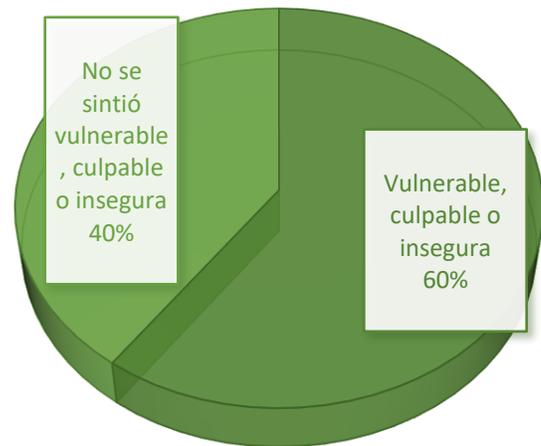


Figura 20. Durante el parto

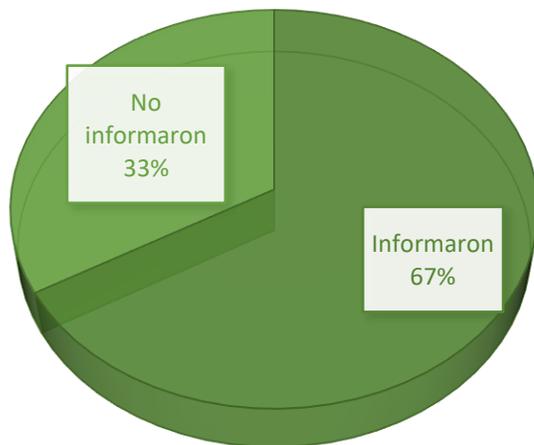


Figura 21. Le informaron la necesidad de cesárea

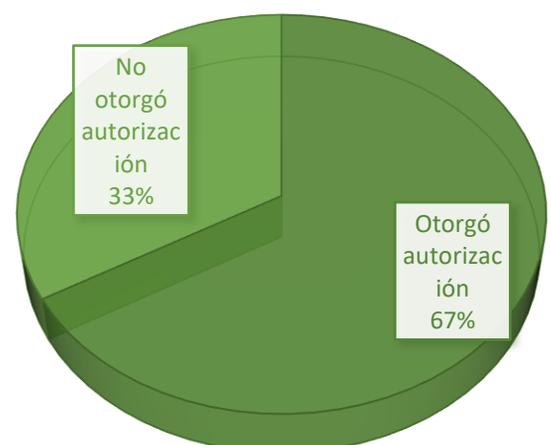


Figura 22. Sobre la autorización

3.2 Solicitudes de acceso a la información pública:

Tabla 1

Información brindada por MINSA Y ESSALUD (2019).

Número de partos atendidos en la ciudad de Trujillo en el año 2019 y sus condiciones:	
MINSA:	ESSALUD:
Total de partos: 13,627	Total de partos: 7,677
Cesáreas: 5,920	Cesáreas: 2,924
Espontáneos: 7,677	Naturales: 2,829
Instrumentados: 22	
Ignorados: 2	
Existencia de protocolos de actuación de atención en los partos	
MINSA:	ESSALUD:
No se nos brindó información sobre la existencia de protocolos de atención en los partos.	Se detalló las guías prácticas utilizadas para la atención de los partos.
Tienen guías prácticas, pero un mayor margen actuación discrecional.	De su revisión se evidencia principalmente la referencia a técnicas y herramientas utilizadas, en caso de complicaciones.
	No hay un protocolo que determine pasos obligatorios a seguir.
Con relación al parto humanizado, teniendo en cuenta el uso de herramientas (medicamentos, tecnología, etc.) para un parto sin dolor:	
MINSA:	ESSALUD:
No se brindó información sobre el uso de medicación o sobre un protocolo de actuación en caso de dolor en los partos, en cualquier forma.	El tema del parto con dolor o sin dolor (medicamentos utilizados) no se encuentra regulado; es decir, no hay ninguna norma específica que autorice a los servidores de salud administrar algún tipo de medicamentos en caso exista dolor durante el parto.

3.3 Entrevistas realizadas a la unidad de análisis servidores de salud:

Tabla 2

Entrevistas a servidores de la salud

<i>¿Qué es violencia obstétrica?</i>		
Enfermera	Obstetra	Ginecólogo
Maltrato hacia una gestante en trabajo de parto, luego del trabajo de parto en puerperio, o un parto.	Trauma durante el parto, malas maniobras, una fractura, por no saber sacar al niño, entonces puede ser violencia obstétrica.	Maltrato físico, moral, verbal, cualquiera de las modalidades que pudieran existir para dañar a la persona que está atendiendo.
<i>¿Qué información debe tener una mujer que tendrá un bebé?</i>		
Enfermera	Obstetra	Ginecólogo
Todo tipo de información acerca de cómo va a ser el cuidado del bebé, los cuidados de ella para su salud, que precauciones, que cuidados posteriores, algún método anticonceptivo para cuidarse, o si desea tener más hijos en cuanto tiempo podría estar lista para ello.	Concientizarlas de tener su parto en un establecimiento que cumpla con infraestructura y equipamiento con personal capacitado, no pueden dar a luz un establecimiento donde no cumplen con todo.	Todos los pormenores referentes al embarazo, los problemas que pueden surgir como consecuencia del mismo y deben asistir a sus controles prenatales, estrictamente de acuerdo a las normas para planificar, todo tipo de embarazo, de parto y de complicaciones que puedan surgir.
<i>¿Cuenta con algún protocolo de actuación en estas cosas?</i>		
Enfermera	Obstetra	Ginecólogo
Es diferente, en la ciudad llega la persona en trabajo de parto, pasa al médico quién la evalúa, y la deriva con la obstetra, se encarga de hacer el monitoreo fetal y luego se encarga de todo el proceso de dilatación, la deriva a la sala de partos, todo se encarga la obstetra, es un trabajo en conjunto, en la sierra llega la mujer en trabajo de parto mayormente no hay	Netamente para el tema de la violencia obstétrica no, para un manejo adecuado y para que tenga un parto feliz si tenemos protocolos como deben de ir, como, por ejemplo, para los controles prenatales, los exámenes de laboratorio, auxiliares, para que durante el proceso de embarazo no se complique en mayor medida el parto.	Los protocolos si existen, tenemos protocolos internacionales y nacionales, en cuanto a los nacionales hay sociedades de ginecología y obstetricia que son los que gobiernan este tema, la organización mundial de la salud, y las de ministerio de salud.

<p>obstetra, entonces trabaja la enfermera y el técnico. Como enfermera no tenía un protocolo para actuar en ese tipo de situaciones.</p>		
<p><i>¿Es importante el apego precoz?</i></p>		
<p>Enfermera</p>	<p>Obstetra</p>	<p>Ginecólogo</p>
<p>Sí, ahora también el corte del cordón tardío, antes como tenían que cortar el cordón no acercaban al bebe, pero se ha demostrado que en el cordón queda la mayor cantidad de hemoglobina del bebe, entonces él bebe tiene que seguir con su cordón con la madre, por lo que el apego es importante ya que ayuda al bebe a tener mayor afectividad y tranquilidad.</p>	<p>Claro, el contacto precoz entre la madre y el niño es importante, desde el momento que el niño nace tú le colocas a la madre, siente ese contacto piel a piel, entonces hay un lazo de compenetración de confianza.</p>	<p>Por supuesto, en la actualidad se practica, los pediatras lo promueven, él bebe apenas nace esta con la mama, pero eso es a nivel de hospitales, por ejemplo, las clínicas lo hacen pocas veces.</p>
<p><i>¿Cómo es el lenguaje que se utiliza para tratar a las mujeres en este estado?</i></p>		
<p>Enfermera</p>	<p>Obstetra</p>	<p>Ginecólogo</p>
<p>Es un poco tedioso, hay maltrato por las enfermeras, más que las obstetras; la obstetra está en su campo, en cambio la enfermera viene a ponerte la vía, controla la oxitocina, para que empiece el proceso de dilatación, está encargada de eso, mayormente la obstetra está un poco más inclinada, siente más el dolor de la persona. En la sierra la persona es más aguerrida y estas a merced de ellos, en cambio en la ciudad el profesional se cree más, que la paciente.</p>	<p>Se tiene que utilizar un lenguaje con palabras adecuadas, la madre está en un momento que no entiende la manera o el lenguaje en que se le está hablando y puede aflorar su sensibilidad, pueden llegar a llorar, por ende, la finalidad es usar palabras adecuadas, hacerse llegar y hacerse entender sobre el trabajo de parto.</p>	<p>Es muy diverso, a veces existen mensajes no aprendidos que llegan a distorsionar la atención del parto y eso puede ser motivo de maltrato o violencia a la paciente.</p>
<p><i>¿Es claro?</i></p>		
<p>Enfermera</p>	<p>Obstetra</p>	<p>Ginecólogo</p>

Se le tiene que saber hablar, para eso se hacen las entrevistas, le preguntas su nivel de estudios, tienes que explicarle de acuerdo al nivel que tiene el paciente, porque tiene que entender, no le puedes hablar con palabras técnicas si no, no va a entender.	No llega a ser claro, según el nivel de educación, por ende, existen términos que no entiende, somos los llamados a adecuar al lenguaje de esas mujeres.	El paciente no sabe muchas veces de su parto, no conocen las complicaciones y lo que pueda surgir como consecuencia de este desconocimiento, llegan a culpabilizar al médico por esas consecuencias.
<i>¿Puede llegar a ser agresivo?</i>		
Enfermera	Obstetra	Ginecólogo
Mayormente en los hospitales son muchos pacientes, está una dando a luz acá y la otra a su costado, al mismo tiempo, una gritando del dolor y la otra a lado mirando lo que le va a pasar, mayormente los bebés nacen en la madrugada, y eso hace que el personal muchas veces estresado pueda llegar a contestar mal.	No diría agresivo, puede ser que las mujeres presenten un entendimiento diferente y por su estado de vulnerabilidad podría llegar a malinterpretar las cosas.	Si, en algún momento, si pudiera llegar a ser agresivo, tanto de parte del paciente como también de parte del personal de salud, a veces se ha visto en algunos casos donde incluso han llegado a la parte física.
<i>¿De repente sin intención ha tenido un trato diferenciado con algunas mujeres?</i>		
Enfermera	Obstetra	Ginecólogo
Sí, cualquier profesional intenta decirle de la manera más bonita, anda cámbiate, aséate, pero no sabe que de alguna forma se le está hiriendo, ya que las mujeres están sensibles, y lo primero que hace el profesional que te recibe, te manda a bañar antes de pasar a sala de parto, para que supuestamente él bebe nazca bien limpio, o te dicen anda lávate por que ya va a empezar los dolores.	Si se puede dar, pero esto no debe de ser así, no se debe de tener en cuenta el tema socioeconómico, condiciones, etc. Por parte de los obstetras no debe de existir discriminación.	No, tuve la suerte de ser del grupo de médicos que nos han preparado con valores y responsabilidad y habilidades que puede tener un médico, creo que soy una de las últimas promociones que tuvieron esa oportunidad y la suerte de haber tenido profesores de altísimo nivel.
<i>¿Conoce sobre los hechos y políticas públicas de la violencia obstétrica en el Perú?</i>		

Enfermera	Obstetra	Ginecólogo
Sí existe violencia obstétrica en el Perú y no existen normas que lo regulen, ni sé que norma puede proteger estos casos, lo que, si sé que es violencia obstétrica porque ya se ha empezado a hablar de ello.	En el Perú sí existe violencia obstétrica, más en el ámbito público, aunque ese no debería ser lo correcto, cuando las mujeres en trabajo de parto llegan a los Hospitales nivel III. No existe política.	En el Perú si existe violencia obstétrica, hay ignorancia del paciente, que no se le comunica, hay reglas de juego que no son promovidas a nivel ni académico, ni asistencial ya que eso debería ser una promoción intensa a la población.
<i>¿Recomendaría la existencia de normas que regulen la violencia obstétrica?</i>		
Enfermera	Obstetra	Ginecólogo
Sí, porque de esta manera todos los profesionales de la salud tendrán un mayor cuidado al tratar a las pacientes que estén por dar a luz, porque podrían ser penados o sancionados, así pensarían la forma de tratar a las personas, a las mujeres.	Si, definitivamente debiera existir una política que regule este tema ya que los servidores de salud en estos casos no tienen una forma unánime de tratar a la paciente.	Qu se practique lo que ya está escrito, en los libros, en las normas, en las guías, eso falta y eso deben hacer en el hogar, en la universidad, y cuando los futuros servidores de la salud vayan a hacer sus prácticas, ahí es donde debe haber un impulso.

IV. Discusión

La encuesta realizada a la muestra (mujeres que tuvieron proceso de parto en Trujillo en el 2019), evidencian que la mayor parte de ellas fueron atendidas en Hospitales de nivel III. De esto se colige, que existe confianza hacia los centros de salud estatales.

Dentro de las circunstancias que son parte de la violencia obstétrica tenemos a la poca información, el trato deshumanizador, la medicación innecesaria y patologización de los procesos naturales. Muchas de las encuestadas no tuvieron información precisa sobre el procedimiento que les iban a practicar, tampoco se les brindó respuestas claras a sus interrogantes o dudas. Asimismo, algunas encuestadas indicaron que sí se les proporcionó información; no obstante, tuvieron la percepción que algunas cuestiones no eran explicadas por completo o con la precisión necesaria, lo que implica que de todos modos persistía una situación de desinformación sobre los procedimientos que se les iba a practicar.

En ese mismo sentido, debe considerarse que no todas las madres conocen sobre los procedimientos, algunas ni asisten a los controles, lo que hace más complicada el que puedan

dar su consentimiento informado, que haya una toma libre de decisiones, esto depende del personal médico de esta manera, quien debe dar información necesaria y adecuada a las madres, y hacer un correcto seguimiento.

Es importante resaltar, que algunas mujeres encuestadas señalaron que el personal que las atendió en los establecimientos de salud, profirió frases impertinentes sobre su actuación en el parto, situación que se repitió en diversas ocasiones. Algunas indican que se las trató con diminutivos o apodos, lo que evidencia el no cumplimiento de normas éticas hacia los pacientes. Otras manifestaron que fueron juzgadas por gritar o llorar manifestando sus sentimientos y emociones. Tales comentarios, frases o adjetivos muestran que el trato del personal de salud obedece a una creencia de superioridad de los especialistas de salud y de inferioridad del paciente.

La violencia obstétrica si bien es una nueva categoría dentro de la violencia de género, hay madres que tienen conocimiento sobre el tema, como lo demuestra la encuesta realizada. Se trata por tanto de un concepto que de manera gradual se está visibilizando en la comunidad. En tal sentido, resulta fundamental el rol de la academia para divulgar este tema invisibilizado y normalizado.

Tomando en cuenta la figura 6 y la figura 12, se aprecia que no se respetó su intimidad de las pacientes encuestadas, en la medida que en los procedimientos participó personal ajeno, o en todo caso que ellas, no pudieron identificar con claridad si se trataban de médicos o enfermeras. Además, y sustentando lo anterior, hay que resaltar como se aprecia en la figura 12, que las pacientes lograron determinar que algunas personas que las atendían eran estudiantes. Si bien la participación de los estudiantes de medicina o de disciplinas afines, es importante para su formación profesional; no obstante, tal participación debe implicar el consentimiento o autorización del paciente, quien debería expresar su conformidad en relación a si está de acuerdo o no.

Un gran número de madres no pudieron tomar una postura adecuada para ellas si no que las obligaban a quedar en una posición incómoda que solo les facilitaba la actuación a los servidores de salud. A un 20% de las encuestadas se les puso medicina sin su consentimiento, hay un 30% que no tiene conocimiento de las medicinas que recibió, esta medicación muchas veces se realiza con la finalidad de apresurar el parto y hacer de este proceso uno no natural, dejando de lado el aspecto humano.

En la misma línea las mujeres que tuvieron una cesárea, ninguna sintió que obtuvo una explicación correcta por su necesidad.

No menos importante, es mencionar que un porcentaje de las mujeres sintió no haber estado a la altura de lo que se esperaba de ellas en los procedimientos que se les practicó, lo que las lleva a tener ansiedad y dudas que les pueda ocasionar problemas más complicados,

circunstancia que no siempre se da de esta forma; pero que ya se genera cierto riesgo o posibilidad.

De otro lado, en lo que respecta a las solicitudes de información pública, tenemos que el MINSA no dio mayores detalles sobre la existencia de protocolos para atender partos, mencionaron la existencia de guías prácticas que buscan dar instrucciones a los servidores de la salud, pero que no son de obligatorio cumplimiento, si no que este personal puede actuar con libertad. Esta cuestión refleja que ese marco de libertad del personal de salud, es un factor que influye en la existencia de violencia obstétrica. En tal sentido, es necesario regular normativamente los procedimientos para la atención de mujeres embarazadas.

En los centros de salud del Ministerio de Salud, las cesáreas hechas en comparación con los partos espontáneos son en cantidad menor, hay partos realizados por cesárea o con herramientas como el fórceps, pero no existe una información sobre el tema, lo que nos llevó a creer que durante el 2019, no tenemos conocimiento de las que realmente se necesitan y no realizarlas por la comodidad de los servidores de salud.

A través de cesárea o con la ayuda de alguna herramienta como el fórceps, pero no hay más información sobre el tema, lo que nos lleva a pensar de las 5,920 cesáreas que se dieron en la ciudad de Trujillo durante el año 2019, no sabemos de estas cuantas realmente fueron necesarias y no realizadas para una mayor comodidad de los servidores de salud.

ESSALUD, por su parte, precisó que tiene guías prácticas en la atención de partos, que brindan técnicas y los instrumentos que el personal de salud debe de utilizar al atender los partos; pero no existe un protocolo que regule el procedimiento a seguir de forma estandarizada y con tome en cuenta la violencia obstétrica. Ello puede entenderse en la medida que la violencia obstétrica esta invisibilizada y aceptada en la práctica de salud, por ello no hay necesidad de evitarla.

En los hospitales de ESSALUD, se nos brindó información de que, del total de 5753 partos atendidos, 2924 fueron cesáreas, lo que refuerza lo ya mencionado. Se ha concluido que este lenguaje usado por los profesionales de salud debe ser adecuado y claro.

De otro lado, en relación a las entrevistas, el personal de salud entrevistado, explicó que que, si bien hay guías que proporcionan información y orientan la actuación, estos instrumentos son generales y no consideran casos especiales, y mucho menos hay información sobre la forma de actuar para evitar cometer violencia obstétrica. Los entrevistados mencionan protocolos internacionales, nacionales, pero generales. No hay evidencia de que tales documentos se hayan implementado de manera específica.

Los servidores de la salud, afirman que sí hay violencia obstétrica en nuestro país, de la misma manera no hay una correcta regulación sobre el tema, por el mismo desconocimiento

de los pacientes, el personal de salud y que existe poca regulación que no aporta mucho en la lucha contra este problema.

Asimismo, tomando en cuenta lo respondido por los profesionales de salud que fueron entrevistados, se puede conceptualizar a la violencia obstétrica como el maltrato sobre la madre gestante en etapa de parto, parto y postparto, por medio de acciones que pueden ocasionar traumas, malas maniobras, sea verbalmente o físicamente, en general lo que daña a las mujeres.

De la misma manera hay un bajo conocimiento sobre la idea de violencia obstétrica, lo que puede explicarse en la medida que existe una escasa a nula regulación, lo que se refleja en las respuestas brindadas por los servidores de salud. Es decir, estos servidores no tienen un marco de actuación que los oriente en relación a la violencia obstétrica, también se puede afirmar que, dado que no es un concepto regulado, no hay ninguna capacitación ni instrucción sobre el tema.

En nuestro país, el lenguaje usado debe de tener sensibilidad para que busque transmitir la información correctamente a las mujeres y puedan entender lo que está pasando, ya que al estar vulnerables no logran entender claramente lo que sucede.

El lenguaje mayormente se distorsiona y no logra llegar adecuadamente, ya que las mujeres somos diferentes, por distintas situaciones, como el contexto educativo, el lugar de donde provienen, lo que hace que el uso de un lenguaje estandarizado, existen paciente que no logran tener la información adecuada sobre los procesos que se les practicarán.

En lo que respecta a la regulación de la violencia obstétrica, a nivel del Estado peruano, ni a nivel de los centros de salud relevantes de Trujillo, no existe una norma específica que la combata. En su momento, a través del proyecto de ley -mencionado en la introducción- se intentó regular directa y detalladamente este problema. Este proyecto intentó garantizar el acceso a la información de la madre, en concreto que se le informe de las intervenciones a las que podría ser sometida. También buscaba proteger que no se le practique ningún acto o procedimiento sin su consentimiento previo e informado. Lamentablemente, solo fue un proyecto.

En el Perú, hay otras normas relevantes que se relacionan, pero de manera indirecta con la violencia obstétrica, como La Ley General de Salud, en su artículo 40°, hace referencia a la obligación de brindar información a los pacientes. También se tiene La Ley N°29414, que establece su artículo 15°, inciso 2, el derecho de los pacientes a ser informados de manera adecuada y oportuna, así como a que dicha información sea completa y comprensible, entre otros derechos.

Ante tales problemas expuestos en los resultados de la presente investigación, las principales alternativas de solución para evitar y buscar eliminar la violencia obstétrica en el Perú,

estarían dadas, de un lado, por la creación de normas que puedan regular por completo y de manera directa los vacíos legales; y, de otro lado, que por medio de políticas públicas educativas se pueda concientizar al personal de salud y a la población sobre este problema y evitar que siga dándose estas situaciones.

V. Conclusiones

La violencia obstétrica es una realidad que siempre ha estado presente, pero que en los últimos años se está identificando como un problema, que debe ser atendido. Algunos países de América Latina, ya iniciaron su regulación para erradicarla, por lo tanto, es importante que se haga lo mismo en el Perú, y en específico en la ciudad de Trujillo.

No hay informes de violencia obstétrica en la ciudad de Trujillo, ni conocimiento específico de sanciones o investigaciones realizadas sobre este tema. No existe data relevante sobre el y además existe un vacío legal a nivel nacional, regional y local en relación con esta problemática.

Se puede afirmar que hay violencia obstétrica en la ciudad de Trujillo, la cual se manifiesta de distintos modos y en diferentes intensidades, que, a menudo dependen del centro de atención, de los especialistas de salud y de la misma paciente. Una de las causas es que no todas las mujeres tienen el conocimiento necesario y adecuado sobre el embarazo y el parto. Esta falta de información se explica en parte debido a que el personal de salud no proporciona la información necesaria o cuando lo hace no es entendible. En relación a lo último, es importante mencionar que la información brindada por los servidores de salud, no es adecuada, ya que pueden usar términos técnicos de difícil comprensión por las usuarias. Asimismo, la manera de expresarse del personal de salud ha llegado a ser entendido como ofensivo e incluso agresivo en algunos casos. Esto se explica, ya sea porque se produce una incorrecta interpretación por parte de las usuarias, teniendo en cuenta que están en una situación de vulnerabilidad; o, también puede darse porque el personal se encuentra en una situación de estrés o porque perciben encontrarse en una situación de superioridad respecto a los pacientes.

Se puede identificar que el personal de salud que comete acciones que forman parte de la violencia obstétrica son enfermeros, obstetras, ginecólogos e incluso estudiantes.

La participación de estudiantes o personal ajeno o no identificado, vulnera el derecho a la intimidad de las mujeres. En relación a la intimidad, tiene mucho que ver la infraestructura de los establecimientos de salud, ya que en general no existen ambientes que garanticen la privacidad e intimidad de la mujer durante el parto.

Los servidores de salud a menudo impiden a las mujeres el consumo de alimentos y bebidas durante el parto, y también les impiden adoptar posturas que les resulten más cómodas. De este modo, se patologiza el proceso de dar a luz, convirtiendo al proveedor de salud en el protagonista en lugar de la mujer. Al parecer, los servidores de salud, ya sea queriendo (al sentirse superiores por su nivel de educación) o sin necesariamente quererlo (tienen ciertos prejuicios), y pueden llegar a cometer acciones que configuran violencia obstétrica.

Finalmente, se puede concluir que es evidente la necesidad de regular la violencia obstétrica y combatirla en los establecimientos de salud de Trujillo mediante una normativa que garantice la protección y el respeto de los derechos de las mujeres durante el parto.

VI. Referencias

- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio Sobre Centroamérica y El Caribe*, 11(1), 145–169. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530>
- Bowser, D., & Kathleen Hill, M. P. (2010). Exploring evidence for in facility-based childbirth. Harvard.edu. Recuperado de https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación general N.º 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- García, E. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2016). *Violencia basada en género. Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del Estado*. Recuperado de <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvg/mimp-marco-conceptual-violencia-basada-en-genero.pdf>
- Ministerio de Salud. (2004). *Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
- Nascimento, G., Santos, V., Marcolino, E., Araújo-Monteiro, G., Dantas, A. y Santos-Rodríguez, R. Obstetric Violence: A Conceptual Analysis in the Nursing Context. *Aquichan*, 22 (4), 1-25. doi:10.5294/aqui.2022.22.4.8

Parra Vera, O. (2003). *El derecho a la salud*. Bogotá, Colombia: Defensoría del Pueblo.

Redacción RPP. (18 de enero de 2020). “Vas a saber lo que es dolor de parto”: Madre denuncia que su bebé nació muerto por violencia obstétrica. *Radio Programas del Perú*. Recuperado de <https://rpp.pe/peru/la-libertad/trujillo-madre-denuncia-que-su-bebe-nacio-muerto-por-violencia-obstetrica-noticia-1240239>

Wallace, S. y Enriquez-Haass, V. Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(1), 18-28. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2001.v10n1/18-28>

Normativa y jurisprudencia

Caso José Luis Correa Condori vs. Ministerio de salud, sentencia Exp. n.º 2016-2004-AA/TC (Tribunal Constitucional [Perú], 05 de octubre de 2004).

Código Penal de Chiapas, Congreso del Estado de Chiapas, Decreto Número 139, Marco Normativo CNDH, 14 de marzo de 2007.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la mujer, Convención Belém do Para, Organización de los Estados Americanos, 09 de junio de 1994.

Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer, Organización de las Naciones Unidas, 20 de diciembre de 1993.

Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, Congreso de la Nación Argentina, Ley n.º 26.485, Boletín Oficial de la República Argentina, 01 de abril de 2009.

Ley del Parto Humanizado, Congreso de la Nación Argentina, Ley n.º 25.929, Boletín Oficial de la República Argentina, 17 de septiembre de 2004.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia, Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación, 01 de febrero de 2007.

Ley General de Salud, Congreso de la República del Perú, Ley n.º 2684, Diario Oficial El Peruano, 09 de julio 1997.

María Alejandra Guerra Gómez/La violencia obstétrica en la ciudad de Trujillo, Perú...

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Diario Oficial de la Federación, 02 de agosto de 2006.

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Asamblea Nacional, Ley n.º38.668, Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 20 de abril de 2007.

Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, Congreso de la República del Perú, Ley n.º 29414, Diario Oficial El Peruano, 02 de octubre de 2009.

Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Decreto Supremo N° 004-2012-MIMP, Diario Oficial El Peruano, 18 de agosto de 2012.

Política Nacional de Igualdad de Género, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Decreto Supremo N°008-2019-MIMP, Diario Oficial El Peruano, 4 de abril de 2019.

Proyecto de dictamen recaído en el Proyecto de Ley 1158/2011-GR, que propone la Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y a la Salud de la Mujer Gestante y el Recién Nacido, Comisión de Salud y Población, marzo de 2015.