



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

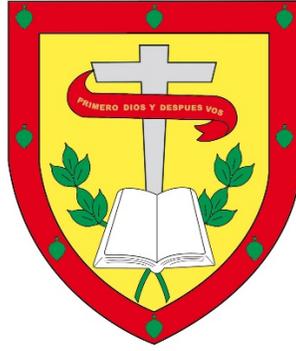
**AUTOR: ANDREA LIZBETH URGILÉS FERNÁNDEZ**

**DIRECTOR: MGT. JEANNETH PATRICIA TAPIA CÁRDENAS**

**CUENCA-ECUADOR**

**2021**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**VIOLENCIA OBSTETRICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTORA: ANDREA LIZBETH URGILÉS FERNÁNDEZ**

**DIRECTORA: MGT. JEANNETH PATRICIA TAPIA CÁRDENAS**

**CUENCA-ECUADOR**

**2021**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

**Andrea Lizbeth Urgilés Fernández** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106985005**. Declaro ser el autor de la obra: “**Violencia Obstétrica, Revisión Bibliográfica**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 19 de noviembre 2021.



Andrea Lizbeth Urgilés Fernández  
**C.I. 0106985005**

## **DEDICATORIA**

A mis padres Marcelo y Alba, a mis hermanos Cristhian y Martín, su apoyo y su confianza a lo largo de mi carrera fueron el pilar fundamental para alcanzar esta meta ya que sin ellos nada de esto sería posible. Por esto y mucho más este esfuerzo y logro personal se lo dedico a ustedes.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco primeramente a Dios por haberme brindado la fortaleza necesaria para llegar a este punto de mi desarrollo tanto personal como profesional, a mis padres Marcelo y Alba quienes han sido mi incondicional apoyo en los momentos difíciles a lo largo del camino siempre con su ejemplo y guía a seguir para enfrentarme ante cualquier adversidad, agradezco también a mis hermanos Cristhian y Martin quienes estuvieron en todo momento para brindarme el apoyo necesario siempre con sus consejos llenos de sabiduría.

En fin agradezco a todas las personas que estuvieron presentes a lo largo de este camino, apoyandome o brindandome lecciones para mejorar y aprender cada día. Mis mas sinceros agradecimientos a todos los docentes de la Universidad Católica de Cuenca quienes me han brindaron los conocimientos necesarios para lograr mis objetivos y obtener este logro.

## RESUMEN

**ANTECEDENTES:** en los últimos años, el concepto de VO se ha ido visibilizando entre las mujeres y los profesionales de salud, existen poca información sobre su prevalencia y factores de riesgo.

**OBJETIVO GENERAL:** compilar información actualizada sobre prevalencia, tipos, actos, factores de riesgo y protección relacionados con violencia obstétrica (VO).

**METODOLOGÍA:** revisión bibliográfica. Se incluyeron artículos publicados en los últimos 5 años, con cuartil de evidencia uno a cuatro, sin discriminación de idioma. Para la búsqueda de información se usaron bases electrónicas como: Pubmed, Chocrane, Scielo y LILACS. Para la recolección de la información se aplicó la Guía Prisma y la estrategia PICO. Los datos se condensaron en tablas personalizadas.

**RESULTADOS:** la prevalencia de VO fluctuó entre 12,6% a un 75,1%. La violencia física va del 3% al 54.4% y la verbal en 11.5% a 37.8%. Se enunciaron otras formas de violencia como: atención no digna y no consentida, ruptura de confidencialidad, actos discriminatorios. Los factores de riesgo relacionados con VO fueron: residir en áreas urbanas, bajos recursos socio-económicos, primigestas, cesárea y episiotomía, atención de parto por médicos e instituciones públicas, incumplimiento de planes de parto. Los factores de protección se incluyeron: historia clínica detallada, respeto a la posición de parto, parto domiciliario, no tener discapacidad, contacto piel con piel y empoderamiento materno.

**CONCLUSIONES:** la prevalencia de VO es elevada; la violencia la física y verbal fueron las más frecuentes y se asociaron múltiples factores de riesgo y protección.

**PALABRAS CLAVE:** violencia contra la mujer, violencia basada en género.

## **ABSTRACT**

**BACKGROUND:** in recent years, the concept of OV has been gaining visibility among women and health professionals, but there is little information on its prevalence and risk factors.

**OBJECTIVE:** to compile updated information on prevalence, types, acts, risk factors, and protective factors related to obstetric violence (OV).

**METHODOLOGY:** a literature review. Articles published in the last 5 years were included, with a quartile of evidence one to four, without language discrimination. Electronic databases such as Pubmed, Chocrane, Scielo, and LILACS were used for the information search. The Prisma Guide and the PICO strategy were used for data collection. The data were condensed into personalized tables.

**RESULTS:** the prevalence of OV ranged from 12.6% to 75.1%. Physical violence ranged from 3% to 54.4% and verbal violence from 11.5% to 37.8%. Other forms of violence were reported, such as undignified and non-consensual care, breach of confidentiality, discriminatory acts. The risk factors related to OV were: residing in urban areas, low socioeconomic resources, primigravidae, cesarean section and episiotomy, delivery care by physicians and public institutions, noncompliance with delivery plans. Protective factors included: detailed medical history, respect for the birth position, home birth, no disability, skin-to-skin contact, and maternal empowerment.

**CONCLUSIONS:** the prevalence of OV is high; physical and verbal violence was the most frequent and multiple risks and protective factors were associated.

**KEYWORDS:** violence against women, gender-based violence

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	12
3. JUSTIFICACIÓN.....	16
4. FUNDAMENTO TEÓRICO .....	17
4.1. Concepto.....	17
4.2. Tipos de Violencia Obstétrica .....	17
4.3. Marco Legal de la Violencia Obstétrica en el Ecuador .....	18
4.4. Prevención de Violencia Obstétrica .....	19
5. OBJETIVOS.....	20
5.1. Objetivo general .....	20
5.2. Objetivos específicos: .....	20
6. METODOLOGÍA.....	21
6.1. Diseño metodológico.....	21
6.2. Criterios de elegibilidad.....	21
6.3. Criterios de exclusión .....	21
6.4. Fuentes de información.....	21
6.5. Estrategia de búsqueda. ....	21
6.6. Selección de estudios .....	21
6.7. Proceso de recopilación de la información .....	21
6.8. Lista de datos.....	22
6.9. Síntesis de resultados.....	22
6.10. Aspectos éticos.....	22

6.11. Financiamiento. ....	22
7. RESULTADOS .....	23
7.1. Caracterización de Resultados .....	23
7.2. Prevalencia de violencia obstétrica:.....	23
7.3. Tipos y/o actos de violencia obstétrica .....	26
7.4. Factores Asociados a violencia obstétrica .....	30
8. DISCUSION.....	34
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	40
9.1. CONCLUSIONES .....	40
9.2. RECOMENDACIONES .....	40
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	42
11. ANEXOS .....	52

## 1. INTRODUCCIÓN

La denominación de violencia obstétrica (VO) es término relativamente nuevo cuyo origen surge en América Latina en función a la visión activista en torno a la problemática de la violencia ejercida bajo la práctica obstétrica durante el periodo de embarazo, parto y puerperio (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la violencia obstétrica como: “un tipo de violencia institucional expresada en relaciones de poder que legitiman y naturalizan una serie de procedimientos entre los que se da una apropiación del cuerpo de las mujeres y de los procesos fisiológicos presentes durante su embarazo y las etapas de la gestación” (2).

De la mano de la excesiva medicalización el parto y la praxis obstétrica durante el proceso de gestación, parto y nacimiento, el trato que reciben las madres en instituciones de salud ha ido cobrando mayor atención, proponiéndose diversas categorías o formas de abuso tales como: abuso físico, sexual, verbal, atención no consentida y/o carente de confidencialidad, vulneración de derechos y dignidad de la mujer, estigma y discriminación, abandono y detención en áreas hospitalarias, relación deficiente entre las usuarias y los proveedores de salud (3).

Se ha descrito que la génesis de la violencia obstétrica es multifactorial, donde el paradigma de la institucionalización, medicación excesiva y el paternalismo médico se han atribuido a la práctica de este tipo de violencia, aunque también se han nombrado otros factores sociales, como el bajo nivel de instrucción pues las mujeres ignoran sus derechos sexuales y reproductivos, factores que como es evidente ha conducido a un sometimiento de la mujer al abuso cotidiano del personal de salud (4).

Probablemente la prevalencia violencia obstétrica se mantenga en un subregistro, pues muchas mujeres a nivel mundial no están concientizadas que tienen derechos, naturalizando una atención basada en maltrato, abuso y la falta de respeto durante el periodo de atención del parto, además también es posible que las mujeres que tienen seguro social sean las que tienen una conciencia más alta de derechos, pues se diferencian características peculiares como un alto nivel de escolaridad y el

hecho de que el pago por los servicios de salud les lleve a estas mujeres a exigir una mejor atención (5).

Esta investigación pretende poner en contexto las cifras de prevalencia, factores de riesgo y tipos de Violencia Obstétrica en los escenarios de atención de salud, tomando en consideración que aunque parece ser que es una problemática invisibilizada en términos de investigación, seguramente como médicos durante el ejercicio profesional hemos evidenciado o muchas veces incluso puesto en práctica hechos de maltrato en contra de las mujeres durante la práctica obstétrica.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

A medida que se han mejorado los indicadores de atención obstétrica, el foco de atención se ha centrado en la en la calidad de atención de la mujer durante el periodo de embarazo, parto y posparto, ello ha visibilizado un problema relacionado con el género respecto a la falta de respeto y el abuso del que son víctimas las madres en manos del personal de salud (6,7).

En este contexto es importante reportar que en muchos casos el concepto de violencia obstétrica aún no ha sido reconocido ni integrado en los gremios médicos, aunque si está siendo utilizado ampliamente por organizaciones de mujeres que buscan posesionar a la violencia obstétrica en la agenda pública, además estas voces reclaman el cumplimiento de leyes de parto respetado, erradicación de todo tipo de violencia contra las mujeres y el derecho al aborto legal, seguro y gratuito (8–11).

La violencia obstétrica para la filósofa Sara Cohen constituye una “herramienta básica parra domesticar un cuerpo rebelde, fuerte, activo y creativo que emerge durante el trabajo de parto”, donde dicho cuerpo parturiento desafía su feminidad y por lo que requiere la aplicación de la violencia para hacerlo nuevamente “femenino” y devolverlo a la condición de objeto” (12).

Adicionalmente, aunque resulte doloroso y hasta inconcebible, además del escenario de violencia obstétrica, se ha puesto en contexto la vinculación de un término de “tortura” en la atención del parto, donde las mujeres en sus testimonios mencionan explícitamente la imposibilidad de movimiento (violencia física), supresión de sentimientos (violencia psicológica) y el bloqueo en la toma de

decisiones (violencia cognitiva), causándoles una sensación de impotencia, hechos que fueron expuesto en la primera Encuesta sobre Nacimiento en Chile (13).

En países europeos, la discusión sobre violencia obstétrica se ha incrementado en los últimos años en diferentes espacios académicos, sin embargo, el debate público aún es deficiente y ningún país aún ha aprobado una legislación referente a esta problemática, pues el poner en contexto que este tipo de violencia es un proceso complejo multifactorial, que no tiene únicamente que ver con la atención y organización de los sistemas de salud, sino también con valores básicos de construcción de sociedades (5).

En Italia, en el año 2017 a partir de la publicación de datos de la primera encuesta nacional de “Mujer y parto” se reveló que el 21% de mujeres italianas con niños de 0 a 14 años habían sufrido algún tipo de abuso físico o verbal durante su parto (14). En España, aún no existe una tipificación e orden penal relacionada con la VO, aunque las organizaciones civiles feministas han intentado visibilizar la problemática de atropello de derechos de las mujeres durante la atención de parto, todavía en este país es un tema que requiere mayor impulso y concientización en derechos sexuales y reproductivos (15).

Según Tobasia-Hege en su artículo donde consolidaron alrededor de 18 estudios en América Latina, concluyó que el irrespeto y maltrato en la región es una problemática generalizada, donde el sistema de salud permite y perpetúa un modelo de atención que agrede de esta forma a las mujeres, pues en esta investigación se constató que más de un tercio de mujeres entrevistadas refirieron haber sufrido algún tipo de violencia de los proveedores de atención en salud (16).

En términos históricos, en latinoamérica la discusión y el abuso y violencia ejercida en la atención del nacimiento data de la década de los 80, donde Brasil fue uno de los países pioneros en poner en evidencia las experiencias de mujeres en torno a un parto institucional violento (17). En el año 1998 el Comité de América Latina y el Caribe reportaron abusos vividos por mujeres peruanas durante el nacimiento (18), paralelamente en el año 2003 en Chile y en México también se reportaron abusos en torno a la atención hospitalaria (19,20).

En el 2006, en Venezuela, apareció la primera definición oficial y legal de violencia obstétrica adjudicada a la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, y en la cual se codificaron 19 tipos punibles de violencia contra la mujer. Según la legislación venezolana se entiende como violencia obstétrica a “la apropiación de los cuerpos y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de la medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (21).

En Argentina, en el año 2009, se aprobó una ley similar que asociada a la promoción del parto humanizado en el sistema público, esta se convirtió en un pilar fundamental en la legislación contra la violencia obstétrica en este país (22). Así mismo en México, en el 2008, incluyeron a este tipo de violencia en las leyes estatales encasillada como una forma de violencia de género que tiene graves repercusiones en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, con pérdida de la autonomía personal y deshumanización del trato a estas personas mientras dan a luz en instituciones de salud (5).

En México una Encuesta Nacional en el año 2016 cuantificó que entre tres a cuatro de cada diez mujeres refirieron haber sufrido prácticas institucionales de abuso durante su último parto , el 41% de mujeres refirieron este maltrato en clínicas u hospitales del Seguro Social y el 39% en hospitales públicos de entidades federativas (23).

En Costa Rica se propuso un concepto novedoso de “poder obstétrico”, contextualizado como una forma particular de poder disciplinario ligado a una estructura patriarcal que construye el género, donde la violencia obstétrica emerge como y mecanismo de control, con prácticas que degradan, intimidan y oprimen a las mujeres por parte del personal sanitario durante la etapa el embarazo, parto y posparto (24).

En la actualidad diferentes organizaciones políticas, civiles y de derechos, han dado un nuevo impulso a la temática de violencia obstétrica. En este contexto, varios países de Latinoamérica cuentan ya con leyes y/o proyectos relacionados con VO,

contextualizándose desde una visión más pragmática que el abuso y la falta de respeto han situado a esta problemática principalmente en el nivel micro de las prestaciones de salud, con instituciones, funcionarios y profesionales de salud que incumplen los estándares mínimos de cuidado, potenciando estructuras de poder e inequidades de género que ahondan aún la falta de cuidado y el ejercicio de violencia obstétrica (25). Por ejemplo durante el 2018, el Ecuador y Uruguay incluyeron este término dentro de su marco (26,27) con proyectos de ley que se han extendido a varios países latinoamericanos como: Colombia, Costa Rica, Chile, México y Perú. Colombia (28–32).

Sin duda uno de los planteamientos importantes para subsanar en algo la problemática de violencia obstétrica se sustentan en el hecho que se debería promover mejoras institucionales de atención materna sin antagonizar a la profesión médica y los cuestionamientos de la ideología y práctica de la ginecología y obstetricia, además de contar con el apoyo de autoridades de salud a nivel nacional e internacional (25).

Dicho lo anterior, consideramos de gran relevancia situar la violencia obstétrica vinculada a la violencia de género en el campo de la investigación, pues se trata de un problema grave y emergente, por lo que pretendemos poner en evidencia la gravedad de la violencia obstétrica que sucede dentro las unidades de salud durante la atención de embarazo, parto y puerperio. Además que consideramos que es necesario sumar esfuerzos que permitan visibilizar un tema que se encuentra ampliamente ligado a una dimensión humana de la praxis médica.

Hemos planteado la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia, tipos, actos, factores de riesgo y protección relacionados con violencia obstétrica?

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Debido a la relación directa de la praxis médica en el campo obstétrico y en derechos sexuales y reproductivos, los profesionales de salud son puntos clave en el ámbito de autonomía de las mujeres respecto a su cuerpo durante el proceso de gestación, parto y puerperio. No obstante, dichos profesionales también podrían ejercer un gran poder y control sobre sus pacientes de manera que puedan llegar a vulnerar sus derechos.

En este contexto, nos hemos planteado abordar una problemática tan importante como lo es la violencia obstétrica, tema que se encuentra encasillado en las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública 2013-2017 en el área de lesiones autoinflingidas y violencia interpersonal, línea de violencia y sublínea de grupos vulnerables.

La información que se consolide luego de una pulcra búsqueda de información, beneficiará de manera directa a los profesionales de la salud que puedan revisar la información y el análisis de este trabajo de investigación, además de manera indirecta se beneficiarán a las mujeres que este personal de salud atiendan en futuro, pues se podrá en evidencia diferentes formas obstétricas contextualizadas en el marco de violencia obstétrica, que muchas veces no son tomadas en cuenta en la praxis médica.

Este trabajo será difundido a través de las plataformas virtuales de la Universidad Católica de Cuenca, además de que se planea la publicación en una revista indexada.

## 4. FUNDAMENTO TEÓRICO

### 4.1. Concepto

La violencia obstétrica (VO) está íntimamente relacionada con la violación de los derechos indispensables de las mujeres (33), se define como un tipo específico de maltrato ejercido por los profesionales de la salud a las madres durante el periodo de embarazo, labor de parto o puerperio (34). Además este término engloba también cualquier trato degradante y deshumanizador que limite la autonomía de la mujer y su poder de decisión (35).

### 4.2. Tipos de Violencia Obstétrica

- **Violencia Física:** situación en la que el personal de salud realiza procedimientos invasivos o administra medicación sin justificación o alteración en el estado de salud de la gestante o el recién nacido, se consideran dentro de esta dimensión de violencia prácticas como: aplicación de maniobra de Kristeller, uso de uterotónicos, cesárea sin justificación médica, manipulación excesiva, indiferencia al dolor, obligarle a la mujer a parir en una posición incómoda o que en aquella que la paciente no desea colocarse (36).
- **Violencia verbal:** se define como la situación en la cual la mujer gestante, en labor de parto o puérpera recibe agresiones (37), insultos, calificativos negativos e incluso ordenes de hacer silencio o no gritar al momento de sentir dolor por parte del personal de salud (38).
- **Discriminación:** situación en la que el personal de salud brinda un trato diferente y perjudicial a la paciente gestante o en labor de parto debido a su raza, políticas, religión, nivel socioeconómico o nivel de educación (37).
- **Atención médica no digna:** momento en el cual la dignidad del paciente no ha sido respetada, además la paciente no es tratada con cortesía y esmero por parte del personal de salud, ejemplos de este tipo de violencia incluyen: obligar a una mujer a parir en una posición que no desea, obstaculizar el apego precoz del niño/a con su madre, no atender a la paciente de forma oportuna o eficaz, no

permitir que la pareja de la gestante le acompañe durante la labor del parto y el parto, entre otras (39).

- **Atención médica no consentida:** se refiere a situaciones en las que el personal de salud no informa a la gestante acerca de el o los procedimientos que se van a realizarle implica actos como: falta de consentimiento informado (40), la realización tacto/s vaginales y/o episiotomías sin autorización de la paciente (41).
- **Atención médica no confidencial:** situación en la que el personal de salud no respeta el derecho de confidencialidad de la paciente, difundiendo así datos de su historia clínica tales como: antecedentes gineco-obstétricos o comorbilidades, número de parejas sexuales, etc (42).

#### **4.3. Marco Legal de la Violencia Obstétrica en el Ecuador**

En el Ecuador la Constitución en los artículos 32 y 361 se enuncia que el estado ecuatoriano debe garantizar el derecho a la salud por lo que debería crear políticas o leyes que brinden una atención médica digna y de calidad para la mujer sin embargo, en su carta magna no se aborda el término de violencia obstétrica (43).

A su vez la Ley Orgánica de Salud pública en los artículos 20, 21, 22 y 23 se establece la libre elección de cada ser humano al momento de decidir acerca de su sexualidad sin presiones o actos de violencia, además del acceso libre y amplio de la información de métodos de fecundidad, enfermedades de transmisión sexual y el libre acceso a servicios de calidad de acuerdo a las necesidades femeninas (44).

El Código Orgánico Integral Penal en el año 2014, tipificó tres tipos de violencia contra la mujer tales como: física, psicológica y sexual e incluyó al femicidio como un delito, sin embargo, no abarcó a la violencia obstétrica como un ente punible en la aplicabilidad de dicho código (45).

En el 2017 la Asamblea Nacional aprobó la Ley para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, donde se condenó de manera categórica cualquier tipo de violencia contra las mujeres ecuatorianas y se exhortó a los entes pertinentes a

fortalecer los servicios de atención para mujeres víctimas de violencia, sin embargo, tampoco se enunció el término de violencia obstétrica (26).

#### **4.4. Prevención de Violencia Obstétrica:**

- **Salud mental perinatal:** es indispensable que el estado ecuatoriano incentive políticas públicas que se enfoquen en mejorar la salud del binomio madre e hijo, no solamente enfocadas en patologías de orden orgánico sino también en lo referente a salud mental (46).
- **Creación de nuevas leyes acerca de la violencia obstétrica:** es indispensable que las autoridades pertinentes enfoquen sus esfuerzos en generar leyes y normativas que permitan tomar la violencia obstétrica como prioridad, pues esta forma de violencia es sin duda un problema palpable en diferentes sistemas de salud a nivel mundial, realidad de la que no están exentos nuestros centros hospitalarios (47,48).
- **Programas de preparación del parto:** urge la aplicabilidad de programas de parto humanizado y no doloroso, donde la mujer se siente cómoda y segura durante su proceso de parto, aspecto fundamental sobre todo en madres primerizas (49).
- **Educación materna en cada control prenatal:** otros estudios recomiendan la educación materna en cada control prenatal por parte del personal de salud, de manera que se pueda empoderar a las gestantes de sus derechos durante el parto (2).
- **Realizar partos naturales sin procesos de inducción:** es indispensable que el personal de salud permita que el parto se dé de acuerdo al curso natural, evitando la excesiva medicalización del parto sin la justificación pertinente (50).

## **5. OBJETIVOS:**

**5.1. Objetivo general:** compilar información actualizada sobre prevalencia, tipos, actos, factores de riesgo y protección relacionados con violencia obstétrica.

### **5.2. Objetivos específicos:**

- Identificar la prevalencia de violencia obstétrica.
- Describir los tipos y actos de violencia obstétrica.
- Evaluar los factores de riesgo y protección asociados a violencia obstétrica.

## 6. METODOLOGÍA

- 6.1. **Diseño metodológico:** observacional, revisión bibliográfica.
- 6.2. **Criterios de elegibilidad:** se incluyeron artículos publicados con una periodicidad de hasta 5 años, con cuartil de evidencia según ranking de Scimago de uno a cuatro, sin discriminación de idioma. En cuanto a los diseños de investigación de los estudios que se analizaron en el capítulo de resultados, se tomaron en consideración estudios de orden analítico, descriptivo, revisiones sistemáticas, transversales, prospectivos y retrospectivos. Para la recolección de la información se aplicó la Guía Prisma y la estrategia PICO. Los datos que se encontraron en función de los objetivos fueron condensados en tablas personalizadas.
- 6.3. **Criterios de exclusión:** estudios con metodología cualitativa, series de casos y guías de práctica clínica.
- 6.4. **Fuentes de información:** las bases electrónicas que se incluyeron en la búsqueda de la información fueron: Pubmed, Chocrane, Scielo y LILACS.
- 6.5. **Estrategia de búsqueda:** para la búsqueda de información se aplicaron las fuentes bibliográficas antes mencionadas, además se utilizaron palabras claves en español de acuerdo con los descriptores de la salud y en inglés según los medical subject headings. Además con la finalidad de limitar la información se incluyeron operadores booleanos (and, or o not) con los términos de búsqueda.
- 6.6. **Selección de estudios:** luego de la búsqueda respectiva en las diferentes bases bibliográficas electrónicas, se seleccionaron los artículos basándose en los criterios de inclusión y exclusión y los objetivos planteados para esta investigación.
- 6.7. **Proceso de recopilación de la información:** una vez elegidos los artículos que se incluyeron en el capítulo de resultados, la información que se recolectó de cada uno de los documentos elegidos se basó en la estrategia PICO (participantes, intervenciones, comparaciones, resultados y diseño de investigación), además se registraron los autores, el año, el lugar de investigación y los cuartiles especificados en Scimago.

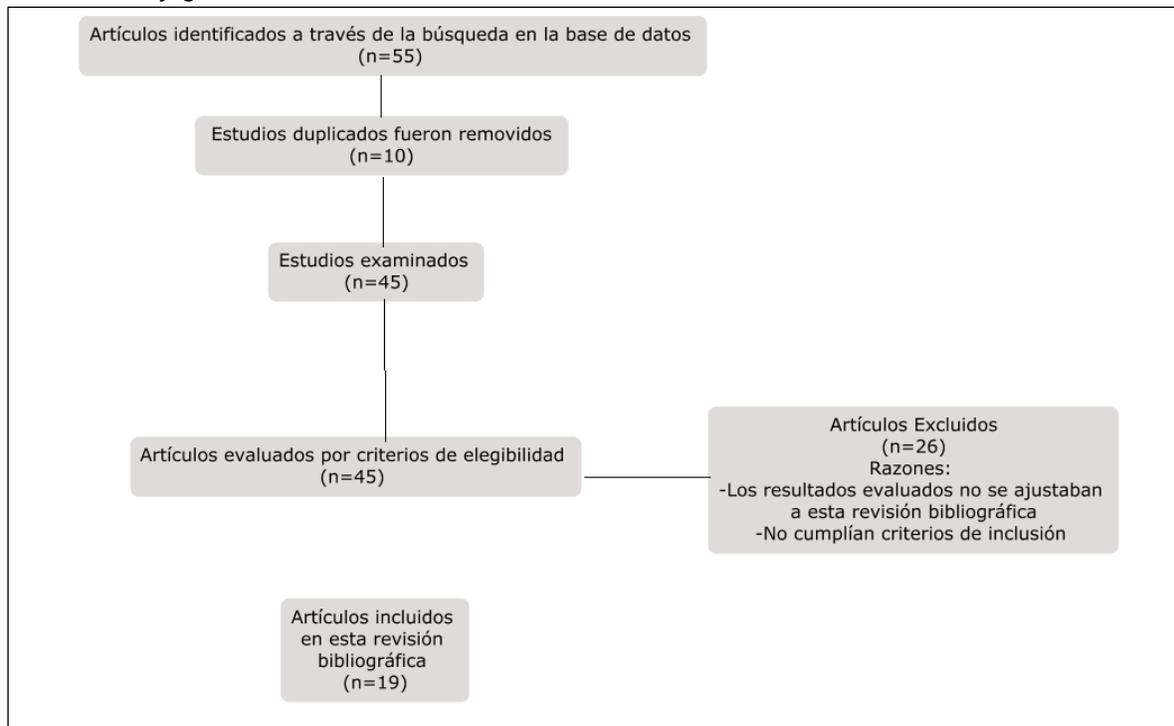
- 6.8. Lista de datos:** las variables en base a las cuales se recolectó y consolidó la información fueron: prevalencia, tipos y factores de riesgo relacionados con violencia obstétrica.
- 6.9. Síntesis de resultados:** la información extraída de los artículos fue sintetizada en tablas personalizadas y se presentaron en orden de los objetivos específicos planteados para esta investigación.
- 6.10. Aspectos éticos:** la autora declara que no presenta conflictos de interés.
- 6.11. Financiamiento:** autofinanciada por la autora.

## 7. RESULTADOS

### 7.1. Caracterización de Resultados

En esta investigación se analizaron 19 estudios que cumplieron los criterios de elegibilidad, la mayoría de artículos fueron extraídos de la base de datos electrónica Pubmed, además los documentos analizados en el capítulo de análisis y registrado en las tabas casi en su totalidad fueron estudios en idioma inglés (gráfico 1).

Gráfico 1: Flujograma de recolección de la información



Elaborado por: Andrea Urgilés

### 7.2. Prevalencia de violencia obstétrica:

Identificamos trece artículos con alta calidad de evidencia que cumplieron con los criterios de inclusión propuestos para la presente revisión bibliográfica y que dentro de sus conclusiones mostraron cifras de prevalencia de violencia obstétrica. En este contexto, nos llamó mucho la atención que en sus investigaciones Rodríguez et al., (51) Madrid et al., (50) Martínez et al., (52), Jojoa et al., (53) y Mihret et al., (54)

observaron que más de la mitad de las participantes de cada uno de estos estudios fueron catalogadas como pacientes que sufrieron alguna forma de violencia obstétrica (tabla 1).

Otros autores de diferentes áreas geográficas como: España, México, India y el continente Africano, también identificaron frecuencias representativas de violencia obstétrica aunque en menor cuantía que los investigadores antes mencionados con valores que fluctuaron entre un 28.8% a un 44.09% (55–59). Castro et al., (55) Mena et al., (56) Figueroa et al., (57) Bhattacharya et al., (58) Kassa et al (59). Por su parte Lansky et al., (60) Silveira et al., (61) y Galle et al., (48) fueron los autores que observaron las prevalencias más bajas de violencia obstétrica con un 12.6%, 18% y 24% respectivamente (tabla 1).

**Tabla 1:** Prevalencia de violencia obstétrica.

<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>LUGAR</b>	<b>DISEÑO</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	<b>PREVALENCIA (%)</b>
Mihret et al (54)	2019	Etiopía	Transversal	409 mujeres	75.1
Castro et al (55)	2019	México	Transversal	24064 mujeres	33.3
Mena et al (56)	2020	España	Transversal	17541 mujeres	38.3
Madrid et al (50)	2019	México	Transversal	140 mujeres	58.0
Rodríguez et al (51)	2021	Costa Rica	Transversal	207264 mujeres	57.7
Jojoa et al (53)	2019	Colombia	Metanálisis	16 artículos	69.0
Lansky et al (60)	2018	Brasil	Transversal	555 mujeres	12.6
Figueroa et al (57)	2017	México	Transversal	45 mujeres	37.7
Martínez G. et al (52)	2020	España	Transversal	899 mujeres	67.4
Bhattacharya et al (58)	2018	India	Transversal	415 mujeres	28.8
Kassa et al (59)	2020	África	Metanálisis	33 estudios	44.09
Silveira et al (61)	2018	Brasil	Transversal	3065 mujeres	18.0
Galle et al (48)	2019	Mozambique	Transversal	145 mujeres	24.0

Elaborado por: Andrea Urglés

### **7.3. Tipos y/o actos de violencia obstétrica**

En cuanto a los diferentes tipos y/o actos de violencia obstétrica perpetrados a mujeres en durante la atención de su gestación, parto y puerperio, durante el análisis individual de doce artículos pudimos identificar que los aspectos mencionados en las diferentes investigaciones confluyeron básicamente en varias dimensiones de violencia que incluyeron: física, verbal, atención no consentida, no confidencial y no digna, así como actos discriminatorios.

La violencia verbal y física, fueron los tipos de VO que se repitieron más comúnmente en casi todos los artículos de nuestra revisión, concretamente en cuanto a los valores de violencia física estos oscilaron entre 3% al 54.4% (38,41,50,51,54–56,60,62,63). A su vez la violencia verbal también se visibilizó con una frecuencia importante con cifras que fluctuaron entre un 11.5% a 37.8% (38,41,50–52,55–57,60,62) (tabla 2).

Madrid et al., (50), Castro et al., (55), Mena et al., (56), Rodríguez et al., (51), Cunha et al., (41), Lansky et al., (60) y Mihret et al., (54) pusieron en evidencia en sus investigaciones que la atención no consentida fue un tipo de violencia frecuentemente percibido por las mujeres durante su atención obstétrica, estos autores observaron prevalencias de dicho fenómeno de 19%, 22,9%, 31,1%, 35,2%, 36,9%, 37,2% y 63,6% respectivamente. En cuanto a la atención no confidencial, Bhattacharya et al., (28), Mihret et al., (54) Asefa et al., (63) identificaron cifras que fluctuaron entre un 5,6% a un 34,7% (tabla 2).

La atención no digna fue también un tipo de violencia comúnmente referida por las pacientes a decir de múltiples autores (50–52,54,56,57,62,63), este tipo de violencia fue contextualizada como cualquier acto en el que se violó la dignidad de la paciente, omitiendo tratos cordiales por parte del personal de salud, impedimento por ejemplo el apego precoz a su bebé u obligándola a colocarse en una posición específica para dar a luz que no fue consentida por la paciente (tabla 2).

Ocho autores señalaron en sus investigaciones que los actos discriminatorios fueron señalados como un tipo de violencia obstétrica, evidenciándose prevalencias en sus estudios que oscilaron entre 4,9% a 26,3% (41,51,54,55,57,58,60,63), en estos casos las mujeres se sintieron señaladas por su situación económica, nivel académico e incluso acceso a servicios básicos; además Bhattacharya et al., (58) observaron que el abandono fue un tipo de VO en el 8,5% de las participantes en su investigación, las mujeres referían que el personal de salud asistió esporádicamente a los controles durante la labor de parto y que no permitieron que un familiar realice el acompañamiento durante el parto (tabla 2).

**Tabla 2:** Tipos y actos de violencia obstétrica.

AUTOR	AÑO	LUGAR	DISEÑO	PARTICIPANTES (MUJERES)	TIPOS DE VO <sup>a</sup>	FRECUENCIA (%)
Mihret et al (54)	2019	Etiopía	Transversal	409	Atención no consentida	63.6
					Atención no digna	55.3
					Violencia física	46.9
					Atención no confidencial	32.3
					Actos discriminatorios	9.3
Castro et al (55)	2019	México	Transversal	24064	Atención no consentida	22.9
					Violencia física	18.7
					Actos discriminatorios	26.3
					Violencia verbal	16.7
Mena et al (56)	2020	España	Transversal	17541	Atención no consentida	31.1
					Violencia verbal	31.4
					Atención no digna	34.5
					Violencia física	3.0
Madrid et al (50)	2019	México	Transversal	140	Atención no digna	36.0
					Violencia Verbal	35.0
					Atención no consentida	19.0
Rodríguez et al (51)	2021	Costa Rica	Transversal	207264	Atención no consentida	35.2
					Actos discriminatorios	26.0
					Atención no digna	20.2
					Violencia física	7.1
					Violencia verbal	11.5
Cunha et al (41)	2017	Brasil	Transversal	3765	Atención no consentida	37.2
					Violencia física	24.0
					Violencia Verbal	28.3
					Actos discriminatorios	10.5
Lansky et al (60)	2018	Brasil	Transversal	555	Atención no consentida	36.9

					Violencia Verbal	33.0
					Violencia física	13.5
					Actos discriminatorios	10.6
Figuerola et al (57)	2017	México	Transversal	45	Violencia Verbal	37.8
					Atención no digna	51.1
					Actos discriminatorios	11.1
Huarino et al (62)	2021	Perú	Transversal	250	Atención no consentida	41.2
					Atención no digna	9.6
					Violencia física	32.4
					Violencia verbal	16.8
Martinez G et al (52)	2020	España	Transversal	899	Violencia verbal	25.1
					Violencia física	54.4
					Atención no digna	36.7
Bhattacharya et al (28)	2018	India	Transversal	415	Violencia verbal	19.3
					Violencia física	13.4
					Abandono	8.5
					Atención no confidencial	5.6
					Actos discriminatorios	4.9
Asefa et al (63)	2018	Etiopía	Transversal	57	Violencia física	25.9
					Atención no confidencial	34.5
					Atención no digna	18.0
					Actos discriminatorios	21.6

Abreviaturas: VO <sup>a</sup>: violencia obstétrica

Elaborado por: Andrea Urgilés

#### **7.4. Factores Asociados a violencia obstétrica**

Identificamos siete artículos que mostraron en sus conclusiones una variedad de factores de riesgo y/o protección relacionados con violencia obstétrica, en primera instancia con el objetivo de ordenar la información analizada en esta revisión bibliográfica agrupamos los factores de riesgo según determinantes sociodemográficos, obstétricos e institucionales, en segunda instancia pusimos en contexto los factores de protección.

Con respecto a factores de riesgo sociodemográficos Mihret et al., (54) señalaron que las mujeres residentes en áreas urbanas tuvieron alta probabilidad de ser víctimas de violencia obstétrica, así mismo Azhar et al., (64) observaron que las madres categorizadas con bajos recursos socioeconómicos tuvieron una mayor exposición a VO y aunque Hameed et al., (65) concluyeron una relación de riesgo de las mujeres desempleadas con VO, pues aunque identificaron una razón de momios superior a la unidad con relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ), los intervalos de confianza no fueron concluyentes (tabla 3).

En referencia a variables obstétricas, solamente Sadler et al., (66) señalaron que las mujeres primigestas tuvieron una razón de probabilidades  $>1$  con asociación estadística a VO. En cuanto a los procedimientos quirúrgicos durante la praxis obstétrica, Martínez et al., (38), Martínez G et al., (52), Sadler et al., (66) y Montesinos et al., (67) mostraron la relación de la cesárea y la presencia de VO con una razón de probabilidades superior a la unidad e intervalos de confianza concluyentes y significancia estadística ( $p < 0.05$ ), atribuyendo dicha relación a una cesárea de urgencia y/o electiva, no obstante, de manera particular Martínez G et al., (52) identificaron que la episiotomía también fue un factor de riesgo relacionado a VO y Bhattacharya et al., (58) también observaron que las complicaciones durante el parto también tuvieron asociación con VO (tabla 3).

En un contexto institucional, las mujeres que recibieron atención obstétrica en establecimientos públicos y los localizados en zonas selváticas tuvieron un mayor riesgo de sufrir violencia según Montesinos et al., (67) y Azhar et al., (64) además

Bhattacharya et al., (58) buscaron la relación de atención de centros comunitarios y hospitales de tercer nivel y la VO, y aunque identificaron asociación estadística, los intervalos de confianza no fueron concluyentes. Bhattacharya et al., (58) también investigaron si la VO tuvo una mayor probabilidad de presentación en referencia al tipo de profesional que atendió el parto, identificando que los médicos mostraron una mayor probabilidad de practicar VO en comparación con las enfermeras ( $p < 0.05$ ) pero con intervalos de confianza no concluyentes (tabla 3).

Martínez et al., (38), Martínez G et al., (52), Sadler et al., (66) coincidieron en sus conclusiones que el incumplimiento del plan de parto fue un factor asociado a VO y Azhar et al., (64) acotaron que el cambio de dicho plan expone a la mujer a sufrir este tipo de violencia. Martínez et al., (38), Martínez G et al., (52) y Sadler et al., (66) que identificaron que las madres de neonatos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos tuvieron una mayor probabilidad de exponerse a VO (tabla 3).

En cuanto a los factores de protección, Sethi et al., (68) observaron que la elaboración de una historia clínica detallada, respetar la posición de parto solicitada, tener un parto en un centro de salud y no sufrir de una discapacidad visual o auditiva se mostraron como factores protectores de VO ( $p = 0,001$ ); mientras que Martínez G et al., (52) señalaron que el contacto piel con piel y la percepción de la paciente de sentirse respetada, fueron factores identificados como protectores de VO (tabla 3).

Por su parte Hameed et al., (65) concluyeron que tener un parto domiciliario disminuyó notablemente la posibilidad de sufrir violencia obstétrica y Montesinos et al., (67) subrayaron que la derivación de la paciente a otras instituciones fue un factor protector de VO. Igualmente Hameed et al., (65) evidenciaron que las mujeres empoderadas en su proceso de parto también tuvieron menores probabilidades de sufrir VO (tabla 3).

**Tabla 3:** Factores de riesgo y protección asociados a violencia obstétrica.

AUTOR	AÑO	LUGAR	DISEÑO	PARTICIPANTES	FACTOR DE RIESGO	OR <sup>c</sup>	IC <sup>d</sup> 95%	VALOR p
Martinez et al (38)	2021	España	Transversal	899	No respetar plan de parto	2,85	1,56 5,21	0,001
					Cesárea electiva	2,53	1,02 2,26	0,001
					Cesárea de urgencia	3,58	1,83 6,99	0,001
					RN <sup>a</sup> ingresado en UCI <sup>b</sup> Neonatal	4,95	2,36 10,36	0,001
					Madre UCI <sup>b</sup>	2,25	1,02 4,97	0,001
Martinez G et al(52)	2020	España	Transversal	899	No respetar plan de parto	2,82	1,27 6,29	0,001
					Analgesia regional	1,61	1,13 2,3	0,001
					Cesárea de urgencia	3,46	1,79 6,69	0,001
					RN <sup>a</sup> UCI <sup>b</sup> Neonatal	2,73	1,21 6,15	0,001
					Episiotomía	3,34	2,21 5,38	0,001
					Contacto piel con piel	0,34	0,18 0,62	0,001
Mihret (54)	2019	Etiopía	Transversal	409	Residencia urbana	1,89	1,11 3,22	0,001
					Instrucción primaria	0,49	0,27 0,91	0,001
Sadler et al (66)	2016	Estados Unidos	Transversal	349	Primigestas	2,58	1,04 2,34	0,001
					No disponer de un plan de parto	2,34	1,42 3,76	0,001
					RN <sup>a</sup> ingresado en UCI <sup>b</sup> Neonatal	3,26	2,1 4,15	0,001
					Cesárea de urgencia	4,02	2,54 6,43	0,001
Bhattacharya et al (58)	2018	India	Transversal	415	Complicaciones durante el parto	4,18	1,78 9,83	0,001
					Parto atendido por medico	2,56	0,89 7,36	0,04
					Parto atendido por enfermera	0,75	0,32 1,76	0,04
					Parto en centro de salud comunitarios	1,00	0,19 5,3	0,001
					Parto atendido en Hospital de Tercer Nivel	2,52	0,45 14,07	0,001
Montesinos et al (67)	2018	Perú	Transversal	1528	Cesárea	1,27	1,03 1,57	0,001
					Partos en centros de salud ubicados en zonas selváticas	5,67	2,32 13,88	0,001
					Referencia a otra casa asistencial	0,42	0,29 0,6	0,001

Azhar et al (64)	2018	Pakistan	Transversal	360	Establecimientos públicos	13,49	10,1	100,16	0,001
					Estrato socioeconómico bajo	2,89	1,63	5,11	0,001
					Cambio plan de parto	4,37	2,41	7,9	0,001
Hameed et al (65)	2018	Pakistan	Transversal	1334	Desempleadas	1,17	0,53	1,81	0,001
					Mujer empoderada	0,11	0,06	0,16	0,001
					Parto domiciliario	0,94	0,13	1,75	0,001
Sethi et al (68)	2017	Malawi	Transversal	2109	Parto atendido en Hospital	2,4	1,06	5,44	0,001
					Parto atendido en Centro de Salud	0,19	0,59	0,62	0,001
					No tener discapacidad auditiva y visual	0,34	0,12	0,97	0,001
					Respetar posición de parto solicitada por la paciente	0,17	0,05	0,65	0,001
					Historia clínica detallada	0,38	0,15	0,96	0,001

Abreviaturas: RN <sup>a</sup>: recién nacido; UCI <sup>b</sup>: Unidad de Cuidados Intensivos; OR <sup>c</sup>: odds ratio; IC <sup>d</sup>: intervalo de confianza

Elaborado por: Andrea Urgilés

## 8. DISCUSION

La violencia obstétrica (VO) es un tipo de violencia de género relacionada con prácticas y conductas realizadas por los profesionales de la salud durante el proceso de atención del embarazo, parto y puerperio, las mismas que desde un punto de vista más pragmático pueden ser propiamente violentas o percibidas como tales. La VO puede visibilizarse en actos como el maltrato verbal, físico, psicológico, falta de consentimiento al realizar procedimientos, discriminación, entre otros (69,70).

Los hallazgos de este estudio pusieron en evidencia cifras alarmantes de violencia durante la práctica obstétrica independientemente de la distribución por áreas geográficas, en este contexto, Rodríguez et al., (51) Madrid et al., (50) Martínez et al., (52), Jojoa et al., (53) y Mihret et al., (54) coincidieron en sus conclusiones que la frecuencia de VO superó el 50% de casos en cada una de las muestras estudiadas en sus investigaciones. Concomitantemente, y no menos preocupante otros autores identificaron prevalencias de VO que fluctuaron entre 28.8% a un 44.09% (55–59). Contrariamente con lo expuesto, Lansky et al., (60) Silveira et al., (61) y Galle et al., (48) concluyeron porcentajes inferiores de VO con un 12.6%, 18% y 24% respectivamente.

Teóricamente el fenómeno de violencia obstétrica responde a diferentes fundamentos, en primer lugar las prácticas de asistencia del parto están influenciadas de múltiples corrientes culturales que se expresan según la gran variabilidad geográfica y que dependen de la estructura y organización de los servicios de salud, cultura sexual de las sociedades, etnia, clase social y valores de género, factores que irremediable se reflejan en la formación y práctica de los profesionales de salud y permiten o no la perpetración de violencia (71).

Otro aspecto relevante en la génesis de VO se orienta en políticas públicas de cada país enfocadas en controlar o no el uso excesivo de intervenciones durante el parto, pues en el ejercicio de la práctica médica entra en escena la subjetividad

de sus actores, que requieren tomar decisiones muchas veces sustentadas en la subjetividad o en experiencias individuales y/o de grupo enfocadas en una visión más pesimista de la experiencia del parto normal, estimulando por ejemplo a la práctica de cesárea, procedimiento entendido como una opción más “segura”, “rápida”, “eficiente” y “sin dolor” desde el punto de vista de producción hospitalaria, pero cuya praxis en muchos casos no se sustenta en una reflexión crítica sino ideológica, lo cual como es evidente se traducirá en un mayor uso de tecnología y su contrapunto quirúrgico sin sustentabilidad e indicación obstétrica, favoreciendo la sensación de control y apropiación del cuerpo de la mujer y por ende el desarrollo de VO (5).

Por su parte el empoderamiento de la sociedad civil con grupos de mujeres que estimulen la humanización del parto y los derechos básicos de acompañamiento familiar en este proceso, la resistencia del exceso de medicalización durante la asistencia obstétrica, la búsqueda de mecanismos de responsabilidad legal y mayor protección de las parturientas contra este tipo de abuso obstétrico podría incidir directamente en la presencia del fenómeno de violencia obstétrica (72).

En este sentido el apoderamiento del cuerpo de la mujer por medio de mecanismos de medicalización y patologización del proceso reproductivo sustentadas en prácticas que se consideran “necesarias” en la asistencia obstétrica, han generado a decir de los autores consultados varios “tipos o actos” de violencia obstétrica, actitudes que son percibidas por las pacientes de parte de los profesionales de salud durante el proceso de embarazo parto y/o puerperio. En nuestra revisión, varios investigadores señalaron a la violencia física como uno de los tipos más comunes con porcentajes que fluctuaron entre un 7.1% al 54.4% (38,41,51,54–56,58,60,62,63), únicamente Mena et al., (56) discreparon identificando apenas un 3 % de violencia física entre las pacientes encuestadas en su estudio.

La violencia obstétrica verbal también tuvo gran relevancia pues sus cifras oscilaron entre 11.5% a 37.8% de los casos en los estudios seleccionados (38,41,50–52,55–57,60,62), este tipo de violencia fue percibida y referida por las

encuestadas por medio de insultos, gritos o comentarios denigrantes, además varios autores enunciaron que este tipo de violencia tuvo grandes repercusiones psicológicas debido al estado de vulnerabilidad en el que se encuentra la mujer al momento del parto (44,48).

La atención no digna fue también un tipo de violencia comúnmente enunciada en varias investigaciones, (50–52,54,56,57,62,63), en este tipo de violencia se sustentó en situaciones en las que no se respetaron las creencias e ideologías de la paciente como el apego precoz, se las humilló o no recibieron una atención médica de calidad en la que se sintieran seguras y al tanto del avance de su parto o del estado de salud del neonato (2, 67).

Los actos discriminatorios fueron hechos frecuentemente señalados en escenarios de violencia obstétrica, evidenciándose prevalencias que oscilaron entre 4,9% a 26,3% (41,51,54,55,57,58,60,63), las mujeres sintieron discriminadas comúnmente por su nivel económico, instrucción y condiciones de higiene personal. En este punto conviene nombrar una práctica discriminatoria aplicada en pandemia y descrita por Dangelo et al., (33), quienes señalaron que el personal médico discriminaba a las mujeres por padecer Covid-19 e incluso se les realizaron cesáreas con el finalidad de disminuir el tiempo de contacto con la paciente y posibilidad de contagio.

La ruptura de la confidencialidad también se presentó en este apartado con cifras que fluctuaron entre 5.6% a 34.5% (54,58,63), considerándose que difundió información de las mujeres en lo que respecta a antecedentes, comorbilidades, número de parejas sexuales, uso de anticonceptivos o hábitos, vulnerando así sus derechos y generando un ambiente poco armonioso y no confortable para la gestante (49).

Con respecto a factores relacionados a VO, en cuanto a los determinantes sociodemográficos, Mihret et al., (54) señalaron que el residir áreas urbanas aumentó las probabilidades de riesgo de violencia obstétrica, ello probablemente atribuido al número de mujeres que son atendidas diariamente a las salas de parto de los hospitales públicos en las ciudades, así también Azhar et al., (64)

refirieron que pertenecer a un bajo estrato socioeconómico influyó en la asociación de riesgo de VO, esto debido al hecho de que no tener solvencia económica imposibilita las gestantes a la asistencia a cursos de preparación del parto y/o servicios de salud privados, además Hameed et al., (65) concluyeron que no contar con empleo elevó las posibilidades de exponerse a VO.

En cuanto a las variables obstétricas, únicamente Sadler et al., (66) identificaron que las primigestas tuvieron una mayor probabilidad de exposición a VO. Martínez et al., (38) Martínez G et al., (52) y Sadlet et al., (66) y Montesinos et al., (67) coincidieron en sus conclusiones que la práctica de cesárea se comportó como un factor de riesgo para violencia obstétrica, ello atribuido probablemente al hecho del estrés en una situación obstétrica particular hace que el personal médico tome decisiones basadas únicamente en sus criterios meramente positivistas y/o biologicistas, sin tomar en consideración la participación de la mujer como dueña de su cuerpo (52).

Martínez G et al., (52) Azhar et al., (64) y Martínez et al., (38) sustentaron por unanimidad que el irrespeto al plan de parto fue un factor de riesgo con significancia estadística en la relación de VO, a su vez Sadler et al., (66) identificaron que cambio del plan de parto también fue un determinante en la génesis de VO. El sustento de dicha asociación de riesgo hipotéticamente se sustenta en el hecho de que las mujeres que acuden a un programa de educación prenatal disponen de herramientas para la detección de violencia obstétrica debido a que están informadas del tema y de sus derechos al momento del parto (38).

Tres autores concluyeron en sus investigaciones que otro factor de riesgo para VO fue el ingreso del neonato a la Unidad de Cuidados Intensivos (38,52,66), ello se debió a que al momento de que se complica la vida del neonato el personal médico puede llegar a tomar decisiones sin consultar a la madre e incluso omitir información del avance o del estado de salud del recién nacido, generando frustración, ansiedad e incluso depresión en la madre (66).

Azhar et al., (64) especificaron que tener un parto en un establecimiento público elevó las probabilidades de sufrir violencia obstétrica en comparación con una institución privada. Sethi et al (68) y Bhattacharya et al., (58) concluyeron que un parto atendido en un hospital presentó un mayor riesgo de VO comparada con un centro de salud. Este fenómeno podría atribuirse al hecho de que el número de pacientes atendidas en hospitales de referencia son mayores que los centros de salud, sumado a la sobrecarga laboral del personal e salud en instituciones de mayor cobertura (68). En contraste a lo expuesto, Hameed et al., (65) observaron en su investigación que un parto domiciliario tuvo un rango de protección en VO, señalando que la gestante se sentía segura durante la atención del parto en su seno familiar (65).

El tipo de profesional de la salud que acompañó o atendió el parto de la paciente influyó directamente en el riesgo de padecer VO, en este contexto, Bhattacharya et al., (58) evidenciaron que un parto atendido por un médico mostró relación de riesgo con asociación estadística en la exposición de VO. La literatura actual respecto a esta problemática subraya que las medidas irrespetuosas implementadas sobre la mujer generan crisis de estrés, miedo y ansiedad, resultando en aislamiento de sus parejas y neonatos durante y después del trabajo de parto, con fuertes impactos en la salud mental de la madre (73).

Finalmente, varios investigadores pusieron en contexto otros factores que demostraron protección de VO, así Sethi et al., (68) observaron que la elaboración de una historia clínica detallada, respetar la posición de parto solicitada y no sufrir de una discapacidad visual o auditiva fueron considerados como factores protectores de VO ( $p=0,001$ ); mientras que Martínez G et al., (52) señalaron que el contacto piel con piel y la percepción de la paciente de sentirse respetada, también fueron factores considerados como protectores de VO. Igualmente Hameed et al., (65) evidenciaron que las mujeres empoderadas en su proceso de parto también tuvieron menores probabilidades de sufrir VO.

## **LIMITACIONES**

La limitación de mayor relevancia fue sin duda el no contar con una cantidad considerable de artículos, debido a que es un tema poco estudiado, sumado a la complicación de compilar artículos texto completo de libre acceso para el análisis de datos, además debido a la naturaleza metodológica propuesta en los criterios de elegibilidad se excluyeron varios artículos por no cumplir con la categorización de cuartil uno a cuatro, requisitos fundamentales para ser incluidos en el presente estudio.

## **IMPLICACIONES**

En el área de salud pública la violencia obstétrica tiene gran impacto en las mujeres que en algún momento de su vida se expusieron a este tipo de violencia de género, en un contexto actual de asistencia de salud se requiere de acceso a información actualizada de la problemática en mención, además se necesita un mayor empoderamiento no solo de las mujeres sino también del personal de salud en la visibilización de la violencia obstétrica, por lo que esta investigación aporta con un acercamiento y actualización en esta cruda realidad que se vive día a día en los escenarios de salud.

## **9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **9.1. CONCLUSIONES**

- La prevalencia de violencia obstétrica fue muy variable, sin embargo, en la mayoría de artículos se visibilizaron cifras muy elevadas de dicho fenómeno.
- En cuanto a los tipos y/o actos de violencia obstétrica fueron más frecuentes la violencia física y verbal, aunque tuvieron gran relevancia la atención no digna y no consentida, ruptura de confidencialidad, y actos discriminatorios.
- Los factores de riesgo que se relacionaron con violencia obstétrica fueron: el residir en áreas urbanas, bajos recursos socioeconómicos, primigestas, práctica de cesárea y episiotomía y atención de parto por médicos e instituciones públicas, incumplimiento de planes de parto.
- Entre los factores de protección se incluyeron: la elaboración de una historia clínica detallada, respetar la posición de parto solicitada, parto domiciliario, no tener una discapacidad visual o auditiva, el contacto piel con piel y la percepción de la paciente de sentirse respetada y el empoderamiento de la mujer sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

### **9.2. RECOMENDACIONES**

- Urge el surgimiento de políticas públicas orientadas a la humanización del parto y a la prevención de actos violentos durante atención de la gestación, parto y puerperio. Además es necesaria la creación de leyes que permitan sancionar a los profesionales de salud que comentan actos violentos contra la mujer durante su práctica asistencial.
- Recomendamos que las instituciones de salud que a más de disponer de indicadores de cumplimiento de calidad de atención obstétrica, mantengan planes de evaluación interna que detecten prematuramente casos de violencia en los servicios maternos, además de que se fomente el debate sobre situaciones de violencia perpetradas por personal del salud y sobre

esta línea de información se estimulen programas de embarazo y parto que permitan a las mujeres apropiarse, ejercer y exigir sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

- Desde las instituciones de educación superior se requiere visibilizar el tema de violencia durante la atención de salud, en este contexto, en las mallas académicas y los contenidos de las asignaturas de sexualidad debería incluirse la problemática en mención, además es necesaria la estimulación de líneas de investigación en el campo de violencia interpersonal y de género.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendiria MAA, Bernáldez MI, Blanco MC, Redondo PS. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*. 2017;34(1):104-11.
2. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2018;26(0). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100613&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100613&lng=en&tlng=en)
3. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*. 2015;12(6):e1001847; discussion e1001847.
4. Colanzi I. De brujas y parteras: disciplinamiento y violencia obstétrica. En: VIII Jornadas de Sociología de la UNLP [Internet]. 2014. Disponible en: <file:///C:/Users/User/AppData/Local/Temp/PONmesa41Colanzi.pdf>
5. Quattrocchi P, Magnone N. *Violencia Obstétrica en Latinoamérica, contextualización, experiencias, medición y estrategias*. EDUNLa Cooperativa; 2020.
6. Purandare CN. The unfinished agenda of women's reproductive health. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016;132(2):137-8.
7. Sánchez SB. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. 2015;19.
8. Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwiga C, Warren CE, et al. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bull World Health Organ*. 2014;92(12):915-7.

9. Jewkes R, Penn-Kekana L. Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLoS Med* [Internet]. 2015 ;12(6):e1001849. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4488340/>
10. Lalonde A, Herschderfer K, Pascali-Bonaro D, Hanson C, Fuchtner C, Visser GHA. The International Childbirth Initiative: 12 steps to safe and respectful MotherBaby-Family maternity care. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019;146(1):65-73.
11. Azhar Z, Oyebode O, Masud H. Disrespect and abuse during childbirth in district Gujrat, Pakistan: A quest for respectful maternity care. *PLoS One* [Internet]. 2018;13(7):e0200318. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6040717/>
12. Cohen Shabot S. Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Hum Stud* [Internet]. 2016;39(2):231-47. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>
13. Sadler M, Leiva Rojas G, Bussenius P, Leon T, Valdebenito Zárata J, Chile O. OVO Chile 2018, Resultados Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile. 2018.
14. Ravaldi C, Skoko E, Battisti A, Cericco M, Vannacci A. Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community-based survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;224:208-9.
15. Zamudio MTST. Propuesta para la prevención y atención de violencia institucional en la atención obstétrica en México. *Revista CONAMED* [Internet]. 2016;21(1Sup). Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/476>

16. Tobasía-Hege C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez-Santiago R, et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2019; 43:e36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6474288/>
17. Diniz S, Salgado H, Andrezzo H, Carvalho P, Carvalho P, Aguiar C, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*. 2015;25:377.
18. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. Violencia y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios de salud de Perú [Internet]. Disponible en: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/07/Silencio-y-Complicidad-Violencia-contra-la-Mujer-en-los-servicios-de-salud-en-el-Peru.pdf>
19. Castro R. La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En 2003. p. 255-73.
20. Sadler M. «Así me nacieron a mi hija»: Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario. 2003.
21. República Bolivariana de Venezuela. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia [Internet]. 2007. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
22. Vacaflor CH. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters* [Internet]. 2016; 24(47):65-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.001>
23. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016 [Internet].

México; 2016. Disponible en:  
<https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>

24. Ramírez GA. La violencia obstétrica. 2017; Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/profile/Gabriela\\_Arguedas/publication/261876562\\_La\\_violencia\\_obstetrica\\_propuesta\\_conceptual\\_a\\_partir\\_de\\_la\\_experiencia\\_costarricense/links/0c960535c57ff93644000000/La-violencia-obstetrica-propuesta-conceptual-a-partir-de-la-experiencia-costarricense.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Gabriela_Arguedas/publication/261876562_La_violencia_obstetrica_propuesta_conceptual_a_partir_de_la_experiencia_costarricense/links/0c960535c57ff93644000000/La-violencia-obstetrica-propuesta-conceptual-a-partir-de-la-experiencia-costarricense.pdf)
25. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):47-55.
26. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley orgánica integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. [Internet]. 2018. Disponible en:  
[https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley\\_prevenir\\_y\\_erradicar\\_violencia\\_mujeres.pdf](https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf)
27. República del Paraguay. De protección integral a las mujeres, contra toda forma de violencia. [Internet]. 2016. Disponible en:  
<http://www.gacetaoficial.gov.py/index/getDocumento/40556>
28. Blel Scaff N. Proyecto de ley por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica. [Internet]. 2017. Disponible en:  
<http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/proyectos%20de%20ley/2017%20-%202018/PL%20147-17%20Violencia%20Obstetrica.pdf>
29. Redondo M. Ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica [Internet]. 2015. Disponible en:  
[http://www.asamblea.go.cr/DYD/Mario\\_Redondo/documentos\\_relevantes/Proyecto%20Ley%20para%20proteger%20a%20la%20mujer%20embarazada%20y%20sancionar%20la%20violencia%20obst%C3%A9trica.pdf](http://www.asamblea.go.cr/DYD/Mario_Redondo/documentos_relevantes/Proyecto%20Ley%20para%20proteger%20a%20la%20mujer%20embarazada%20y%20sancionar%20la%20violencia%20obst%C3%A9trica.pdf)

30. Carvajal Ambiano J, Fernández M. Establece los derechos de la mujer embarazada en relación con su atención antes, durante y después del parto, y modifica el Código Penal para sancionar la violencia obstétrica [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTipo=SIAL&prmID=13944&formato=pdf>
31. Mota A. Iniciativa con Proyecto de Decreto que reforma diversas disposiciones de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia y de la Ley General de Salud en materia de violencia obstétrica. [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.senado.gob.mx/64/gaceta\\_del\\_senado/documento/87516](https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/87516)
32. Zeballo Patrón H. Proyecto de Ley 1986/2017-CR de promoción y protección del derecho al parto humanizado y a la salud de la mujer gestante, del infante por nacer y el recién nacido [Internet]. 2017. Disponible en: [https://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2017/Comision\\_de\\_Salud\\_y\\_Poblacion/files/proyecto\\_de\\_ley\\_1986.pdf](https://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2017/Comision_de_Salud_y_Poblacion/files/proyecto_de_ley_1986.pdf)
33. Danguelo C, Fa C, Hueller M. La atención perinatal en pandemia por covid-19: visibilizando la violencia obstétrica en argentina. 2020;5:22.
34. Shrivastava S, Sivakami M. Evidence of 'obstetric violence' in India: an integrative review. J Biosoc Sci. 2020;52(4):610-28.
35. Chávez Courtois ML, Sánchez Maya NA. Violencia obstétrica y morbilidad materna: Sucesos de violencia de género. Revista COLSAN. 2018;8(16):103.
36. Ishola F, Owolabi O, Filippi V. Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: A systematic review. Fernandez-Reyes D, editor. PLoS ONE. 2017;12(3):e0174084.

37. Vargas MH. Pasar por la carnicería: relatos de mujeres costarricenses sobre violencia obstétrica. *Wimb Lu*. 15 de agosto de 2021;16(2):93-118.
38. Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Martínez-Galiano JM. Factors Associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Obstetric Violence: A Cross-Sectional Study. *JPM*. 2021;11(5):338.
39. Arguedas Ramírez G, Berrio Palomo LR, Castro R, Frías SM, García Presas AL, González MF, et al. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. 1.ª ed. Quattrocchi P, Magnone N, editores. UNLA; 2020.
40. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*. 2016;24(47):56-64.
41. Cunha Rodrigues FA, Gama Lira SV, Magalhães PH, Freitas AL e V, Silva Mitros VM da, Almeida PC. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. *Reprodução & Climatério*. 2017;32(2):78-84.
42. Garcia EMG. *La violencia obstétrica como violencia de género: Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales*. Universidad Autónoma de Madrid; 2018.
43. Asamblea Nacional de la Republica de Ecuador. *Constitución de la República del Ecuador*. 2008; Disponible en: <http://biblioteca.defensoria.gob.ec/handle/37000/823>
44. Estevez Araujo J. *Violencia Obstetrica*. Reseña del libro de Margarita Boladeras y Josefina Goberna sobre el tema. 2018;3(12).
45. Asamblea Nacional de la Republica de Ecuador. *Código Orgánico Integral Penal*. 2014;1(180):144.

46. Juskiewicz D, Soledad N. La importancia de la promoción de la salud mental perinatal y la prevención de la violencia obstetrica. *Reproductive Health Matters*. 2020;3:3.
47. Gallego Mora MF, Martínez Velasco IG, Jiménez López R. Violencia obstétrica: percepción de la mujer en la atención de parto en dos hospitales rurales de la zona Nahua-Mixteca. En: *Violencias de Género contra las Mujeres*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2017.
48. Galle A, Manaharlal H, Cumbane E, Picardo J, Griffin S, Osman N, et al. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in southern Mozambique: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):369.
49. Quattrocchi P. Obstetric Violence Observatory: Contributions of Argentina to the International Debate. *Medical Anthropology*. 2019;38(8):762-76.
50. Madrid Medina C, De León Pérez MÁ, Delgado Mandujano MJ, Cancino de la Cruz LG, Rangel Jiménez P, Soto Rosales BE, et al. Prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediato por el personal de un hospital público. *LUXMED*. 2019;14(42):27-36.
51. Rodríguez EF. Violencia Obstetrica en Costa Rica desde las evidencias estadísticas. *UNFPA*. 2021;10(3):29.
52. Martínez-Galiano JM, Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*. 2021;34(5):e526-36.
53. Jojoa-Tobar E, Cuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Suarez-Bravo JP. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *revsal*. 2019;51(2):136-47.

54. Mihret MS. Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2019;12(1):600.
55. Castro A. Witnessing Obstetric Violence during Fieldwork: Notes from Latin America. *Health and Human Rights*. 2019;21(1):103-14.
56. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *IJERPH*. 2020;17(21):7726.
57. Figueroa-Palomino OE, Hurtado-Lagarda R, Valenzuela-Coronado DG, Bernal-Cruz JD, Duarte-Gutierrez CD, Cázares-González FA. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. *REVISTA SANUS*. 2017;(3):14-21.
58. Bhattacharya S, Sundari Ravindran TK. Silent voices: institutional disrespect and abuse during delivery among women of Varanasi district, northern India. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):338.
59. Kassa ZY, Tsegaye B, Abeje A. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth at health facilities in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC International Health and Human Rights*. 2020;20(1):23.
60. Lansky S, Souza KV de, Peixoto ER de M, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(8):2811-24.
61. Silveira MF, Mesenburg MA, Bertoldi AD, De Mola CL, Bassani DG, Domingues MR, et al. The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*. 2019;256:441-7.

62. Huarino-Suca SL, Choque-Chura O. Violencia obstétrica en mujeres atendidas en un hospital público. *Revista Médica Basadrina*. 2021;15(3):3-10.
63. Asefa A, Bekele D, Morgan A, Kermode M. Service providers' experiences of disrespectful and abusive behavior towards women during facility based childbirth in Addis Ababa, Ethiopia. *Reprod Health*. 2018;15(1):4.
64. Azhar Z, Oyebode O, Masud H. Disrespect and abuse during childbirth in district Gujrat, Pakistan: A quest for respectful maternity care. *PLoS One*. 2018;13(7):e0200318.
65. Hameed W, Avan BI. Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home- and facility-based births in Pakistan. *PLoS One*. 2018;13(3):e0194601.
66. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*. 2016;24(47):47-55.
67. Montesinos-Segura R, Urrunaga-Pastor D, Mendoza-Chuctaya G, Taype-Rondan A, Helguero-Santin LM, Martinez-Ninanqui FW, et al. Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;140(2):184-90.
68. Sethi R, Gupta S, Oseni L, Mtimuni A, Rashidi T, Kachale F. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based maternity care in Malawi: evidence from direct observations of labor and delivery. *Reprod Health*. 2017;14:111.
69. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gac Sanit*. 2021;35(3):211-2.

70. Vacaflor CH. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*. 2016;24(47):65-73.
71. Sena LM. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. 2017;
72. Diniz CS, Rattner D, Lucas d'Oliveira AFP, de Aguiar JM, Niy DY. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reprod Health Matters*. 2018;26(53):19-35.
73. Sadler M, Leiva G, Olza I. COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2020;28(1):1785379.

## 11. ANEXOS

### Anexo 1. Recursos materiales

Recurso	Unidad	Costo unitario	Costo global
Material de oficina	1	40\$	40\$
Horas de internet	-----	100\$	100\$
Computador	1	240	240
Total			380\$

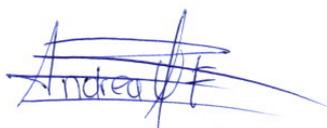
### Anexo 2. Cronograma

Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Responsable
Presentación y aprobación del tema de investigación	X			Autora
Elaboración de rúbrica 1		X		Autora
Análisis de los artículos seleccionados			X	Autora
Recopilación y extracción de datos			X	Autora
Síntesis de resultados			X	Autora
Informe final y elaboración de rúbrica 2			X	Autora

## AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, **ANDREA LIZBETH URGILÉS FERNÁNDEZ**, portador(a) de la cédula de ciudadanía **No.0106985005**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“VIOLENCIA OBSTETRICA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Así mismo, autorizo a la Universidad para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 19 de Noviembre de 2021



**Andrea Lizbeth Urgiles Fernandez**  
**C.I. 0106985005**