



GRADO DE CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES DEL
ÁREA OBSTÉTRICA DE LA REGIÓN DE MAGALLANES RESPECTO DE LOS
DERECHOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA

POR VESNA LONCHARIC SCEPANOVIC

Tesis presentada a la Facultad de Medicina Universidad del
Desarrollo para optar al título de Magister en Bioética

PROFESORA GUÍA:

DRA. SOFÍA SALAS IBARRA

ASESORA METODOLÓGICA:

PROFESORA MARÍA ISABEL MATUTE WILLEMSSEN

Agosto 2023

SANTIAGO

© Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi profesora guía, Dra. Sofía Salas, por su gran ayuda y paciencia en el desarrollo de esta tesis, y a la profesora María Isabel Matute por su desinteresada e invaluable cooperación en la elaboración de la encuesta y análisis de sus resultados.

TABLA DE CONTENIDOS

1. Resumen
2. Marco teórico
 - 2.1. Introducción
 - 2.2. Perspectiva legal
 - 2.3. Visión de los profesionales de la salud
 - 2.4. Fundamentos éticos para la investigación propuesta
 - 2.4.1. VO y derechos humanos
 - 2.4.2. Ética de la virtud
 - 2.4.3. Ética del cuidado
 - 2.4.4. Principios bioéticos afectados cuando hay VO
 - 2.5. Justificación de la Investigación
 - 2.6. Pregunta de Investigación
 - 2.7. Objetivos
 - 2.7.1. Objetivo general
 - 2.7.2. Objetivos específicos
 - 2.8. Metodología
 - 2.8.1. Características del estudio
 - 2.8.2. Selección de la muestra
 - 2.8.3. Análisis estadístico
 - 2.8.4. Consideraciones éticas
3. Resultados
 - 3.1. Características de los participantes
 - 3.2. Percepciones sobre violencia obstétrica
 - 3.3. Clasificación de los profesionales o funcionarios que han sido vistos ejerciendo violencia obstétrica (VO)

- 3.4. Clasificación de las acciones de VO que fueron referidas como vistas por los encuestados
- 3.5. Conocimiento acerca de la situación legislativa actual de la VO en Chile
- 3.6. Consultas relacionadas al lugar de trabajo

- 4. Discusión
 - 4.1. Percepción de VO
 - 4.2. Conocimiento sobre la legislación
 - 4.3. Privacidad de los pacientes
 - 4.4. Relación entre VO y Bioética
 - 4.4.1. VO y Derechos Humanos
 - 4.4.2. VO y ética del cuidado
 - 4.4.3. VO y ética de la virtud
 - 4.4.4. Principios bioéticos vulnerados en VO

- 5. Limitaciones de la investigación

- 6. Proyecciones

- 7. Conclusión

- 8. Bibliografía

- 9. Anexos
 - 9.1. Encuesta aplicada
 - 9.2. Formulario de consentimiento informado

RESUMEN

La violencia obstétrica (VO) es aquella ejercida por profesionales y funcionarios de la salud en contra de mujeres durante su ciclo reproductivo (embarazo, parto, postparto y puerperio), y se considera una violación de los derechos humanos de las mujeres. En Chile, se encuentra en tramitación en el Congreso Nacional un proyecto de ley, llamado “Ley Adriana”, que busca sancionar la violencia obstétrica y normar el parto respetado, para dar cumplimiento a compromisos adquiridos por nuestro país en acuerdos internacionales sobre derechos humanos y derechos de las mujeres gestantes. Este tema tiene relevancia para la Bioética desde una perspectiva de Derechos Humanos, ética del cuidado, ética de la virtud y principlialismo. Con el objetivo de conocer la percepción y conocimientos de profesionales de la salud del área de la obstetricia y ginecología en relación con el tema, se diseñó una encuesta cuantitativa on line, que fue aplicada en la región de Magallanes, entre los meses de enero y marzo de 2023, a un total de 38 profesionales. Entre los resultados se obtuvo que existe una alta coincidencia entre los encuestados acerca de cuáles acciones constituyen VO, como el hacer a la paciente infantilizada o incapaz de tomar decisiones, la práctica de esterilización quirúrgica o cesárea sin consentimiento, realizar comentarios irónicos o impedir que la paciente esté acompañada durante el trabajo de parto. Sobre el conocimiento de la legislación sobre VO, más de la mitad de los encuestados sabe que hay un proyecto de ley en el Congreso, y sobre un 60% considera necesario legislar en forma específica para sancionar la VO. También se detectó que aún persisten acciones como el maltrato verbal o la desinformación, lo que es una muestra del déficit en la formación acerca del respeto, trato a los pacientes y formas de entrega de información que han sufrido los profesionales de la salud.

Las conclusiones principales son que debe hablarse con franqueza de Violencia Obstétrica, ya que es una forma de relevar el sentir de muchas mujeres que han denunciado estos maltratos; esto no pretende en modo alguno estigmatizar o señalar a los profesionales de la salud. Además, queda como tarea importante la educación en ética y valores para los profesionales de la salud, la difusión de los derechos de las mujeres en la atención gineco obstétrica, y la promulgación de las leyes pertinentes que las protejan.

Palabras clave: pregnancy, female, respect, obstetric, violence.

MARCO TEÓRICO

Introducción

Mejorar la calidad del cuidado es una prioridad global para la salud materna y neonatal. En este contexto, en el año 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reforzó el concepto que el cumplimiento de los derechos humanos “incluye compromisos fundamentales de los estados para permitir a mujeres adolescentes y adultas a vivir el embarazo y parto como parte del disfrute de su salud sexual y reproductiva y a vivir una vida con dignidad”. A su vez, propone que en breve plazo “cada mujer embarazada y recién nacido” debieran recibir un cuidado de calidad durante todo el proceso (embarazo, nacimiento y período postnatal) (World Health Organization, 2016).

A pesar de estos compromisos, en ocasiones la calidad del cuidado del embarazo, parto y postparto se aleja de lo que el binomio madre-hijo puede considerar experiencia positiva, cuando se evidencian conductas que caen dentro del concepto de violencia obstétrica.

La violencia obstétrica (VO) puede definirse como aquel tipo de violencia ejercida por los profesionales y funcionarios de la salud sobre las mujeres y sus procesos reproductivos, en la forma de trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, la tendencia a patologizar eventos reproductivos naturales y múltiples manifestaciones amenazantes en el contexto de salud sexual,

embarazo, parto y post parto. (Belli L. , 2013). En este contexto, se considera que la VO constituye una violación a los derechos humanos de las mujeres y un indicador de baja calidad del cuidado. Son prácticas comunes de violencia obstétrica “la ejecución de procedimientos sin el consentimiento de la mujer, las amenazas a ésta para aceptar las condiciones del médico, la imposición de métodos anticonceptivos, el trato irrespetuoso o discriminatorio, y las prácticas que son reconocidas como deletéreas para la madre y/o el recién nacido.”. (Figueroa & Negrete, 2020).

Según los datos de la primera Encuesta Nacional de Violencia Obstétrica y Ginecológica, analizados por Salinero y Cárdenas en su artículo Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile (Salinero Rates & Cárdenas Castro, 2021), “siete de cada diez mujeres han experimentado la violencia al interior del modelo médico hegemónico (MMH), revelando este espacio como una parte del continuo de violencia que padecen cotidianamente las mujeres. Estas cifras aumentan aún más cuando las participantes declaran sentirse parte de una etnia originaria o identificarse como afrodescendiente”.

Según el Observatorio de Violencia Obstétrica, desde hace 20 años Chile cuenta con estudios que registran maltratos en la atención de nacimientos. En encuesta online realizada en 2017 a mujeres que habían dado a luz, (Sadler, Leiva Rojas, Bussenius, & Leon, 2018) se demostró que ha habido una disminución de algunas intervenciones que no están recomendadas, pero que se

siguen practicando, y aún se reportan faltas de respeto y de dignidad en la atención, y en mayor número en hospitales públicos que en centros privados.

Perspectiva legal: En algunos países de Latinoamérica, estas conductas de violencia obstétrica han derivado en la creación de leyes específicas que regulen el trato respetuoso en el parto, como en Venezuela y Argentina. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos República Argentina, 2018) (Asamblea Nacional de la república Bolivariana de Venezuela, 2007). En Chile se encuentra en trámite un proyecto de ley que “establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica”, que fue aprobado en general en la Cámara de Diputados en noviembre de 2021, y actualmente se encuentra en discusión sobre indicaciones particulares en la Comisión de Mujer y Equidad de Género del Senado. Este proyecto es conocido como Ley Adriana, dado que la iniciativa surge por el caso de Adriana Palacios. Ella es una joven que, estando embarazada en el año 2017, recibió una atención en el momento del parto calificada como de violencia obstétrica, en un SAPU de Alto Hospicio, que ella atribuye como la causa de la muerte de su hija antes de nacer (Meza, 2021). Este proyecto de ley “se plantea como una de las posibles soluciones para frenar esta situación, educar y también cambiar el paradigma instaurado en la sociedad en torno a la forma de parir” (Meza, 2021). El proyecto contiene cinco principios

fundamentales: el de dignidad en el trato, el de respeto a la autonomía de la mujer, el de privacidad y confidencialidad, el de multiculturalidad y el de territorialidad.

En el artículo 3 del proyecto de ley, se propone que “en todo lo no regulado por esta ley, se aplicará supletoriamente la ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.” (Comisión de las mujeres y equidad de género del Senado de Chile, 2023)

La ley 20.584, de Derechos y Deberes de las Personas en su Atención de Salud, garantiza, en su artículo 2°, que todas las personas tienen derecho a que todas las acciones de promoción, protección y recuperación de salud, sean entregadas oportunamente y sin discriminación arbitraria. En el artículo 5°, se establece que las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso, en todo momento y en cualquier circunstancia. También en esta ley se garantiza el derecho a la información, al acompañamiento por familiares o personas cercanas, a la reserva de información, a la autonomía y a otorgar o denegar consentimiento en forma libre y voluntaria. (Biblioteca del Congreso Nacional, 2021).

El proyecto de ley de parto respetado, o ley Adriana “tiene como objeto regular, garantizar y promover los derechos de la mujer, del recién nacido y la pareja, en el ámbito de la gestación, parto, postparto y aborto en las

causales establecidas por la ley, así como también en torno a su salud ginecológica y sexual” (Senado de la República de Chile, 2018). Este proyecto incluye modificaciones al código penal, en su artículo 12, agregando un nuevo numeral que sancione como delito las acciones u omisiones constitutivas de violencia obstétrica.

Desde esa perspectiva, establece una diferencia con la ley de derechos y deberes de los pacientes, ya que aborda aspectos relacionados con la atención de salud de las mujeres, y los relativos a la autonomía de la mujer y el respeto a los derechos humanos de ella y de sus cercanos en relación al embarazo, parto y puerperio. Se consideró necesaria una ley que protegiera de manera específica los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y que sancionara la violencia obstétrica, ya que ese objetivo no estaría cubierto en forma específica por la ley de derechos y deberes de los pacientes. Incluso uno de los proyectos previos al proyecto de ley “Adriana” fue una modificación de la ley 20.584 para incorporar un título especialmente dedicado a los derechos de las” mujeres durante la gestación, parto, postparto y del neonato.” (Cámara de Diputados y diputadas de Chile, 2017)

Visión de los profesionales de la salud

Desde la perspectiva de los profesionales de la salud, existe muy poca información disponible en Chile acerca de la percepción que este estamento tiene sobre la existencia de la VO.

En 2014, la entonces presidenta del Colegio de Matronas y Matrones de Chile negaba la existencia de la violencia obstétrica. La dirigente gremial, ese mismo año, declaró a Diario y Radio Universidad de Chile que “me parece injusto que se diga que nosotras somos las culpables de la violencia obstétrica, cuando el gran culpable es el Estado de Chile”. (Campos, 2014)

En España, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) “defiende que el desempeño de su trabajo está avalado por los avances científicos, ... y que las prácticas (que para algunos constituyen Violencia Obstétrica) han aparecido para garantizar la salud materna y del recién nacido”. (Correa Ventura, 2019). Esto se interpreta como una defensa de sus miembros y una negación del grave problema de la VO.

Por lo tanto, se aprecia una falta de visión en el estamento de profesionales y personal de la salud sobre la envergadura del problema de la VO, a diferencia del punto de vista de las mujeres gestantes, para quienes es relevante. Como mencionamos antes, en un trabajo de investigación realizado en Chile, el 67% de las mujeres encuestadas manifestó haber sufrido violencia en su atención ginecológica. (Salinero Rates & Cárdenas Castro, 2021) Datos internacionales

muestran cifras similares, por ejemplo en una encuesta realizada en México en 2016 para cuantificar el maltrato o abuso en mujeres que habían dado a luz, 3 o 4 de cada diez mujeres refirieron haberlo sufrido. (Sesia, 2020)

Se encuentran en la literatura algunas investigaciones que se han realizado en trabajadores sanitarios, para describir su grado de conocimiento y percepción de la Violencia Obstétrica. Entre ellos, se encuentra un trabajo venezolano que exploró el grado de conocimiento de violencia obstétrica y sus implicaciones legales por el personal de salud, a partir de encuestas realizadas a profesionales vinculados con la atención ginecológica. Los resultados de dicho estudio mostraron que si bien los encuestados conocían el término de violencia obstétrica, desconocían la existencia de la Ley específica que la define y tampoco tenían claridad respecto de los actos constitutivos de violencia obstétrica, aunque sí consideraban como parte de la adecuada práctica clínica el solicitar un consentimiento informado antes de los procedimientos invasivos. A su vez, los entrevistados señalaron desconocer los mecanismos de denuncia y los organismos encargados de prestar ayuda a las mujeres víctimas de violencia obstétrica. (Faneite, Feo, & Toro Merlo, 2012). Una investigación desarrollada en Kenia estudió la perspectiva de los prestadores de salud en la frecuencia y causas de faltas de respeto y abuso durante el nacimiento, en un establecimiento de salud en una comunidad rural. Se usaron datos obtenidos con un método mixto de investigación. Ellos concluyeron que las faltas de respeto y abuso son gatilladas por situaciones difíciles en un sistema de salud, asociados con un

ambiente sociocultural facilitador. Los prestadores ejercían estas faltas como una forma de ganarse el respeto en situaciones estresantes y cuando se sentían sin ayuda. (Afulani, y otros, 2020)

Fundamentos éticos para la investigación propuesta

Desde el punto de vista bioético, las intervenciones sobre la salud de la mujer gestante y su hijo/a, que signifiquen una vulneración a sus derechos, son relevantes por al menos cuatro miradas complementarias. En primer lugar, la VO es considerada una violación a los derechos humanos (DDHH) de la mujer gestante y su hijo; en segundo lugar, se alejan de lo que es propio de la ética de la virtud; en tercer lugar, no toman en consideración la ética del cuidado y en cuarto lugar, atentan contra varios principios bioéticos. Estos aspectos los desarrollaremos en mayor profundidad a continuación.

VO y Derechos Humanos: Las intervenciones sobre la salud de la mujer gestante y su hijo/a, que signifiquen una vulneración a sus derechos, son consideradas una violación a los derechos humanos (Cuevas Gallegos, 2018). En este sentido, debemos recordar que, si bien el concepto mismo de DDHH hace referencia a acciones u omisiones del Estado y no a actos u omisiones de personas individuales, en este caso el Estado puede considerarse responsable puesto que, como principal prestador de atención de salud, y supervisor de la actuación de todos los participantes de esta actividad, debe cumplir con sus

obligaciones frente a los derechos humanos, con los principios de respetar, proteger y cumplir. Respetar no se cumpliría al haber faltas de respeto a la dignidad y la privacidad de las personas; habría faltas al deber de proteger cuando se somete a las personas a maltratos, ya sea verbales, físicos o psíquicos, y se faltaría al deber de cumplir cuando se efectúan actos que no respetan lo establecido en la legislación, como por ejemplo la ley de derechos y deberes de los pacientes. (Organización Mundial de la Salud, 2002)

Ética de la virtud: El comportamiento de los trabajadores de la salud, ya sean médicos, matronas, enfermeras o TENS, debe estar guiado por la ética de la virtud. Ésta “tiene como objetivo alcanzar la excelencia, buscando siempre el aristotélico `dar en el blanco`, que consiste en realizar cada acción de la mejor manera... El ejercicio de la medicina y de los cuidados de la salud fundamentado en un modelo ético de la virtud, es esencial para una práctica médica más humanizada y que considere el bien del paciente” (Cruz, 2016). Cada una de las profesiones involucradas en la atención de las pacientes gineco-obstétricas, debiera buscar la excelencia en su atención, y evitar las faltas descritas anteriormente, que se traducen en VO.

La virtud es definida por Pellegrino como un “rasgo de carácter que dispone a su poseedor a intentar, habitualmente, lograr la excelencia con respecto al telos”. Los rasgos que cumplen con los fines de la medicina son el alivio del sufrimiento causado por enfermedades, el cuidado y la curación, el evitar muertes

prematuras y buscar una muerte en paz, y la promoción de la salud, dan forma a las virtudes médicas. Estas virtudes son: fidelidad a la confianza entregada por el paciente, benevolencia, postergación del interés propio del profesional, compasión y cuidado, honestidad intelectual, justicia y prudencia. La posesión de estas virtudes es esencial para el ejercicio de una buena medicina, que se centre en el bien del paciente como persona. Estas virtudes pueden ser adquiridas durante la formación de los médicos, mediante modelos a seguir. (Carvajal S. , 2020)

Ética del cuidado: Otro aspecto importante de la bioética, y que se relaciona directamente con el trato respetuoso y la erradicación de la violencia obstétrica, es la visión de la ética del cuidado. Esta “ética incide en la implicación y el compromiso con otros, en la relación, entendiendo que son valores fundamentales la responsabilidad, el cuidado, la empatía, la compasión ante la interpelación del otro que necesita ayuda”, (Feyto, 2005) siendo estos los valores que se busca relevar en la relación profesional-usuaria obstétrico-ginecológica. En varios trabajos realizados entre mujeres mayores de edad, se detecta una gran proporción de ellas que denuncia la falta de estos valores, en la forma de maltrato verbal, falta de respeto, violencia física, falta de información adecuada, y otros. (Tobasia-Hege, y otros, 2019)

Principios bioéticos afectados cuando hay VO: Cuando se ejerce VO, en sus distintas formas, ya sea como faltas de respeto, maltrato verbal, físico o psíquico,

se están afectando varios principios bioéticos. El primero, la no maleficencia, ya que se está causando un daño, ya sea físico o mental, que a veces es muy difícil de reparar; el principio de autonomía, que significa que la persona (paciente o usuaria) debe tomar decisiones informadamente y sin presiones externas, lo que se incumple al realizar tratamientos o procedimientos sin informar adecuadamente y/o sin consentimiento. El principio de beneficencia también se vería afectado, ya que con estas acciones que se alejan de un estándar adecuado de atención no se está cumpliendo con el objetivo de procurar un bien a la persona. Además, en la búsqueda del bien del paciente, de remover condiciones de dolor y sufrimiento, muchas veces esto choca con el respeto a la autonomía del paciente. A veces se ha cometido actos de VO, que se hizo buscando el bienestar de la mujer o del niño por nacer, por evitar un sufrimiento mayor o un riesgo, pero se hace llevando los derechos de los pacientes a tomar sus decisiones, transformándose en una actuación paternalista. (Valdés, 2015)

Justificación de la investigación

Debido a la importancia que la VO ha ido adquiriendo como tema de discusión en la sociedad, donde se da cada vez más relevancia a eventos relacionados a la violencia de género, discriminación, y mala atención en salud, y porque estos hechos representan una falta a los valores y principios éticos que deben cumplir los profesionales de la salud en su desempeño diario, es relevante considerarla como objetivo de investigación. Además, dado que hay más publicaciones

relacionadas con el punto de vista de las pacientes, es importante conocer el punto de vista de los profesionales y personal de salud. También en este punto cabe considerar las aparentes diferencias de percepción entre profesionales de la salud (que no consideran a la VO como algo llamativo) y las mujeres como pacientes (que denuncian VO en alto porcentaje de atenciones), lo que hace interesante evaluar la percepción de los profesionales de la salud del área.

En este trabajo de grado, se busca describir el grado de percepción y conocimiento entre profesionales de la salud de la Región de Magallanes, relacionados a la atención obstétrica, específicamente sobre la Violencia Obstétrica. En relación al conocimiento, es de interés describir el grado de conocimiento que los profesionales tienen sobre los conceptos de VO y sobre la tramitación actual de la ley Adriana en Chile. Sobre percepción, se trata de determinar si los profesionales perciben actitudes propias o ajenas que pudieran considerarse violencia obstétrica, en su lugar de trabajo, y su opinión acerca de si consideran necesario o no que se legisle en forma específica contra la VO. Se realizará en la región de Magallanes, ya que es el lugar de residencia de la investigadora, lo que facilita su implementación.

En esta región, el número de nacimientos en 2020 fue de 1637, dentro de un total nacional de 194.952. (Instituto Nacional de estadísticas). Existen servicios de maternidad en los hospitales del Servicio de Salud Magallanes en Punta

Arenas, Puerto Natales, Porvenir y Puerto Williams; en el Hospital de las FFAA de Punta Arenas, y hasta diciembre de 2022 en la clínica Redsalud Magallanes.

La percepción que manifiesten los profesionales de la salud del área obstétrico-ginecológica respecto a actos de maltrato o falta de respeto servirá para inferir el grado de adherencia a los valores y principios éticos que deben guiar el desempeño profesional en esta área de la salud en Magallanes y eventualmente podrían contribuir a generar más conciencia sobre este tema en la Región, una vez que se den a conocer los resultados de esta tesis.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el grado de conocimiento y percepción que tienen sobre los derechos asociados a la atención de salud obstétrica y ginecológica, los profesionales de salud que se desempeñan en el área obstétrica, tanto pública como privada, en la región de Magallanes?

Objetivos

Objetivo General

Describir el grado de conocimiento y la percepción que tienen sobre los derechos asociados a la atención de salud obstétrica y ginecológica, los

profesionales de la salud de salud que se desempeñan en el área obstétrica pública y privada de la región de Magallanes.

Objetivos específicos

Describir el conocimiento de los profesionales de la salud relacionados a la atención obstétrica en el área pública y privada de la región de Magallanes, en relación a:

1. El concepto de Violencia Obstétrica y de la Ley Adriana.
2. Los valores y principios afectados en la Violencia Obstétrica.
3. La necesidad de una legislación específica para la Violencia Obstétrica en Chile
4. Las actitudes observadas -propias o ajenas- que pudieran corresponder a Violencia Obstétrica.

Metodología

Características del estudio.

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y enfoque cuantitativo. Para estos fines se diseñó un cuestionario on-line a partir de la adaptación de instrumentos aplicados en otras investigaciones (Afulani, y otros,

2020) (Faneite, Feo, & Toro Merlo, 2012) (Cardenas Castro & Salinero Rates, 2021). Se indagó en el conocimiento sobre derechos asociados a la atención de salud obstétrica y ginecológica y el proyecto de Ley Adriana, en las percepciones sobre violencia obstétrica, y en variables sociodemográficas, como el sexo, la profesión y los años de ejercicio profesional (Ver Anexo 1). La encuesta fue difundida a través de los recopiladores de la plataforma Survey Monkey®

Selección de la muestra

La población correspondió a profesionales de la salud que se desempeñan en el área gineco-obstétrica en la región de Magallanes, incluyendo médicos (gineco-obstetras, pediatras, anestesiólogos y otros que se desempeñen en el área), matrona/es y enfermeras/os de los tres niveles de atención, tanto del sistema público como privado de salud. Se entiende como área gineco-obstétrica el control del embarazo, atención del parto y post parto, atención del recién nacido, y atención ginecológica en general. La encuesta fue difundida entre profesionales de la salud del área obstétrica y ginecológica, que trabajaran en el Hospital Clínico Magallanes, Hospital de las FFAA Cirujano Guzmán, Hospital de Natales, Hospital de Porvenir y consultorios APS de Punta Arenas, Puerto

Natales, Porvenir y Puerto Williams. A cada participante se le solicitó difundir la encuesta entre sus contactos.

Análisis estadístico

Se utilizó un muestreo no probabilístico. Para calcular el tamaño de la población se usaron datos de la página web del Hospital Clínico de Magallanes y del Servicio de Salud Magallanes, así como datos recopilados personalmente en el Hospital de las FFAA Cirujano Guzmán. Si bien la muestra era no probabilística, de acuerdo a los procedimientos utilizados para cálculo de tamaño muestral en muestras probabilísticas, y considerando el tamaño estimado de la población objetivo (90 personas) y datos reportados sobre conocimiento de violencia obstétrica en otras encuestas (Faneite, Feo, & Toro Merlo, 2012), se calculó una muestra de 42 personas con 95% de confianza, con un error de 7%. Este cuestionario fue implementado en la plataforma Survey Monkey® y se aplicó durante los meses de diciembre 2022 a marzo 2023. Los datos obtenidos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS, versión 27.0 de IBM®. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo univariado, calculándose medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Además, se desarrolló un análisis bivariado para revisar posibles diferencias en el conocimiento y las percepciones según las variables sociodemográficas incluidas en el cuestionario,

para ello se usaron pruebas estadísticas apropiadas al tipo de variable y a su distribución en el caso de las variables cuantitativa.

Consideraciones éticas.

El estudio resguardó todos los aspectos éticos relevantes para investigaciones con seres humanos. Fue aprobado por el Comité de Ética Científico de la Facultad de Medicina CAS-UDD (Acta de aprobación 2022-69). Además, la participación fue voluntaria y consentida de manera informada antes de contestar la encuesta. El estudio no conllevó gastos para los participantes, y significó un riesgo mínimo para ellos, relacionado al manejo de información confidencial respecto de sus opiniones y prácticas. Los datos han sido anonimizados, sin identificarse a las personas con su nombre y fueron analizados de manera conjunta, manejándose con absoluta confidencialidad. Los datos recopilados serán almacenados por la investigadora responsable en un computador debidamente protegido con claves, por un período de 5 años.

RESULTADOS

1.-Características de los participantes

Se registraron 38 cuestionarios contestados de manera completa, por lo que se considera que los resultados tendrían un error cercano al 7,5%, con un 95% de confianza. Como se observa en la Tabla N°1, el 65.8% (n = 25) de las respuestas correspondió a mujeres. Respecto a la edad, la mediana fue de 46 años (con un rango de 23 a 67 años) y sólo un 26.3% (10 personas) tenía menos de 40 años. La mayoría contaba con 10 años o más de egreso (81.6%, 31 casos), así como 10 o más años de trabajo en el área (27 casos, 71%). En cuanto a la profesión, 15 de ellos (39.5%) eran matrones/as, 22 (57.9%) médicos y 1(2.6%) enfermera.

Tabla N°1. Características sociodemográficas de los encuestados (N 38, 100%)

Ítem	Característica	N (%)
Género	Hombre	13 (34.2%)
	Mujer	25 (65.8%)
Distribución etaria	Menor de 40 años	10 (26.3%)
	Entre 40 y 50 años	14 (36.8%)
	Mayor de 50 años	14 (36.8%)
Profesión	Gineco-obstetra	9 (23.7%)
	Anestesiólogo/a	11 (28.9%)
	Pediatra	2 (5.3%)
	Matrón/a	15 (39.5%)
	Enfermera/o	1(2.6%)
Trabaja en hospital público o institucional	Sí	29 (76.3%)
	No	9 (23.7%)
Trabaja en institución privada de salud	Sí	16 (42.1%)
	No	22 (57.9%)
Cantidad de lugares donde trabaja	Sólo un lugar	23 (60.5%)
	Dos lugares	14 (36.8%)
	Tres lugares	1 (2.6%)
¿Cuántos años tiene de egresado?	Menos de 10 años	7 (18.4%)
	Entre 10 y 19 años	12 (31.6%)
	20 o más años	19 (50%)
Cuántos años de trabajo relacionado al área obstétrica/ginecológica?	Menos de 10 años	11 (28.9%)
	Entre 10 y 19 años	11 (28.9%)
	20 o más años	16 (42.1%)

2.-Percepciones sobre Violencia Obstétrica

En cuanto a las opiniones de los encuestados respecto de cuáles acciones consideran que corresponden a Violencia Obstétrica (VO), (Tabla N°2), el 100% de ellos estimó que “hacer sentir a la paciente infantilizada o anulada, incapaz de tomar decisiones” y “practicar esterilización quirúrgica sin consentimiento” lo eran. A su vez, 37 encuestados (97.4%) opinó que “realizar cesárea sin consentimiento o información suficiente, realizar comentarios irónicos o en forma de chiste acerca de la paciente, impedir que la paciente esté acompañada por una persona de su confianza durante el trabajo de parto/parto, o después del parto hacer sentir a la paciente que no estuvo a la altura de lo que se esperaba de ella”, corresponden a VO. Las que menos se consideraron VO fueron “realizar episiotomía sin consentimiento” con 20 (52,6%) de respuestas positivas, y “atender un parto vaginal sin anestesia por solicitud de la paciente” con 3 (7.9%) de respuestas positivas.

Tabla N°2. Acciones que los encuestados consideran que corresponden a
Violencia Obstétrica (VO) (total 38 {100%})

ACCIÓN	SÍ N (%)	NO N (%)
Hacer sentir a la paciente infantilizada o anulada, incapaz de tomar decisiones.	38 (100%)	0
Practicar esterilización quirúrgica sin consentimiento	38 (100%)	0
Realizar cesárea sin consentimiento o información suficiente a la paciente	37 (97.4%)	1 (2.6%)
Realizar comentarios irónicos o en forma de chiste acerca de las pacientes	37 (97.4%)	1 (2.6%)
Impedir que la paciente esté acompañada por una persona de su confianza durante el trabajo de parto/parto	37 (97.4%)	1 (2.6%)
Después del parto, hacer sentir a la paciente que no estuvo a la altura de lo que se esperaba de ella.	37 (97.4%)	1 (2.6%)
Después del parto, negar la posibilidad de usar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad (DIU, esterilización tubaria)	36 (94.7%)	2 (5.3%)
Criticar a la paciente por expresar sus emociones (gritar-llorar) durante trabajo de parto/parto.	36 (94.7%)	2 (5.3%)
No responder de manera apropiada a las dudas o inquietudes de la paciente.	36 (94.7%)	2 (5.3%)
Durante o después del parto, dejar expuesta a la paciente a la mirada de personas desconocidas para ella	35 (92.1%)	3 (7.9%)
Usar oxitocina en el trabajo de parto, sin indicación clínica y sin consentimiento de la paciente	32 (84.2%)	6 (15.8%)
Obligar a la paciente a permanecer en decúbito dorsal aunque se sienta incómoda	31 (81.6%)	7 (18.4%)
Atender un parto en el domicilio, sin la asistencia de un médico obstetra	27 (71.1%)	11 (28.9%)
Tratar a las pacientes con sobrenombres o diminutivos(mamita-gordita)	24 (63.2%)	14 (36.8%)
Retrasar el contacto de la madre con el recién nacido hasta después que lo examine el neonatólogo.	22 (57.9%)	16 (42.1%)
Realizar episiotomía sin consentimiento	20 (52.6%)	18 (47.4%)
Atender un parto vaginal sin anestesia por solicitud de la madre	3 (7.9%)	35 (72.1%)

3.-Clasificación de los profesionales o funcionarios que han sido vistos ejerciendo violencia obstétrica (VO)

A la pregunta de si habían visto a alguien ejercer VO (Tabla 3), 20 personas (52.6%) contestaron afirmativamente. De ellas, 12 (60%) señaló haber visto a médicos (no se especifica especialidad), matrona o TENS. Solo un participante (5%) afirmó haber visto a personal administrativo o a una enfermera ejercer VO. Ninguno señaló haber visto este tipo de acciones por parte de un personal auxiliar.

Tabla N°3. A quién o quiénes ha visto ejercer VO, según profesión o labor (total 20 {100%})

Profesional	SÍ N (%)	NO N (%)
Médico	12 (60%)	8 (40%)
Matrona	12 (60%)	8 (40%)
Enfermera	1 (5%)	19 (95%)
Técnico enfermería	12 (60%)	8 (40%)
Personal auxiliar	0	20 (100%)
Personal administrativo	1 (5%)	19 (95%)

4.- Clasificación de las acciones de VO que fueron referidas como vistas por los encuestados

Respecto al tipo de VO (Tabla 4), entre las 20 personas que refieren haber visto acciones de VO, las más recurrentes fueron “criticar a las pacientes por expresar sus emociones” y “no responder de manera apropiada a las dudas o inquietudes de la paciente” con 13 respuestas cada una (65%). Luego está “tratar a las pacientes con sobrenombres o diminutivos” con 9 respuestas (45%), “hacer sentir a la paciente incapacitada o anulada, incapaz de tomar decisiones” y “durante o después del parto, dejar expuesta a la paciente a la mirada de personas desconocidas para ella”, ambas con 7 (35%, cada una). Las menos referidas corresponden a “realizar cesárea sin consentimiento o información suficiente”, “practicar esterilización quirúrgica sin consentimiento” o “atender un parto en domicilio sin la asistencia de un médico obstetra”, todas con 1 respuesta positiva sobre 20 (5% cada una).

Tabla N°4. Acciones más frecuentes de VO que encuestados refieren haber visto ejercer a otros. (total 20 {100%})

Acción	SÍ N (%)	NO N (%)
Criticar a la paciente por expresar sus emociones (gritar-llorar) durante trabajo parto/parto	13 (65%)	7 (35%)
No responder de manera apropiada a las dudas o inquietudes de la paciente	13 (65%)	7 (35%)
Tratar a las pacientes con sobrenombres o diminutivos(mamita-gordita)	9 (45%)	11 (55%)
Hacer sentir a la paciente infantilizada o anulada, incapaz de tomar decisiones	7 (35%)	13 (65%)
Durante o después del parto, dejar expuesta a la paciente a la mirada de personas desconocidas para ella	7 (35%)	13 (65%)
Impedir que la paciente esté acompañada por una persona de su confianza durante el trabajo de parto/parto	6 (30%)	14 (70%)
Usar oxitocina sin indicación clínica y sin consentimiento de la paciente	5 (25%)	15 (75%)
Obligar a la paciente a permanecer en decúbito dorsal aunque se sienta incómoda	5 (25%)	15 (75%)
Impedir el contacto inmediato de la madre con el recién nacido antes que se lo lleve el neonatólogo para control	4 (20%)	16 (80%)
Después del parto, hacer sentir a la paciente que no estuvo a la altura de lo que se esperaba de ella	2 (10%)	18 (90%)
Después del parto, negar la posibilidad de usar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad	2 (10%)	18 (90%)
Realizar episiotomía sin consentimiento	2 (10%)	18 (90%)
Atender un parto vaginal sin anestesia, por solicitud de la paciente	2 (10%)	18 (90%)
Atender un parto en el domicilio, sin la asistencia de un médico obstetra	1 (5%)	19 (95%)
Practicar esterilización quirúrgica sin consentimiento	1 (5%)	19 (95%)
Realizar cesárea sin consentimiento o información suficiente a la paciente	1 (5%)	19 (95%)

Ante la pregunta sobre cuál fue su actitud posterior en el caso de haber presenciado VO (Tabla 5), contestaron 18 personas (95% de quienes señalaron haber visto VO). De ellos, 10 (55.6%) refirieron “no hacer nada”, 7 (38.9%) dijeron “hablar con la persona que ejerció el acto de VO” y 1 (5.6%) respondió “denunciar el hecho a una instancia superior”.

Tabla N°5. ¿Cuál fue su actitud luego de presenciar un acto de Violencia obstétrica? (total 18 {100%})

Actitud posterior	N	%
No hacer nada.	10	55,6
Hablar con la persona que ejerció el acto de VO.	7	38,9
Denunciar el hecho a una instancia superior.	1	5,6
Total	18	100

5.- Conocimiento acerca de la situación legislativa actual de la VO en Chile

Otro tema abordado fue la situación legislativa de la VO en Chile (Tabla 6). Al respecto, 20 de 36 encuestados (55.6%) contestaron que hay un proyecto en trámite en el Congreso; 4 (11.1%) que ya existe una ley aprobada; y 11 (30.6%) indicaron no conocer ningún proyecto de ley relacionado a VO.

Tabla N°6. Conocimiento de los encuestados respecto de la situación legislativa actual de VO en Chile (total 36 {100%})

Situación legislativa actual de VO en Chile	N	%
Hay un proyecto en trámite en el Congreso	20	55.6
Ya ha sido aprobada una ley	4	11.1
No conozco ninguna Ley ni ningún proyecto de ley relacionado a la VO	11	30.6
Prefiero no contestar	1	2.8
Total	36	100

A la pregunta “independiente de si existe o no una ley que sancione la VO, ¿considera usted que es necesaria? (Tabla N°7), 22 personas de 36 (61.1%) señalaron que sí es necesaria una ley que sancione en forma específica la VO;13

encuestados (36.1 %) contestaron que no es necesario porque es suficiente con la Ley 20.584 de Derechos y Deberes de los pacientes. Sólo una persona (2.8%) considera que no es necesario sancionar la VO.

Tabla N°7. Independiente de si existe o no una ley que sancione la VO, ¿considera usted que es necesaria? (Total 36 {100%})

Considera necesaria una ley de VO	N	%
Sí, es necesaria una ley que sancione en forma específica la violencia obstétrica.	22	61.1
No, porque con la ley 20.584 de derechos y deberes de los pacientes es suficiente para resguardar los derechos de las mujeres.	13	36.1
No, porque no cree que sea necesario sancionar la “violencia obstétrica”.	1	2.8
Total	36	100

6.- Consultas relacionadas al lugar de trabajo.

Finalmente, se preguntó a los participantes sobre aspectos generales relativos a su lugar de trabajo. Un 42.1 % (n=16) de los encuestados consideró que en su lugar de trabajo algunas pacientes embarazadas o puérperas a veces son tratadas de forma diferente dependiendo de la edad, estado marital, número de hijos, educación u otros, comparadas con otras pacientes; un número similar consideró que esto no era así (n=16).

La mayoría de los encuestados dijo que en su lugar de trabajo la información clínica de los pacientes se guardaba en fichas de papel (n= 20, 52.6%), apenas 4 (10.5%) consiguieron que los registros se guardaban en fichas digitales y 12 (31.6%) señalaron usar un sistema mixto.

Con el objeto de evaluar el tamaño de los servicios donde trabajan los encuestados, se les preguntó por el número aproximado de embarazadas que se atienden anualmente. Diez personas (26.3%) trabajan en un lugar en que se atienden hasta 100 embarazadas al año, 14 (36.8%) entre 100 y 500, y 11 (28.9%) trabajan en servicios donde se atienden más de 500 embarazadas en un año.

Se hicieron cruces de variables para ver si había diferencias significativas en las respuestas. Se hicieron análisis según sexo, grupo etario, profesión, lugar de trabajo, y años de trabajo en el área gineco obstétrica. En la única pregunta que se encontró una diferencia significativa según género fue si se considera como

violencia obstétrica obligar a la paciente a permanecer en decúbito dorsal, aunque se sienta incómoda, donde 8 de los 13 hombres contestaron que Sí, versus 23 de las 25 mujeres, (p 0.034. Prueba Exacta de Fischer).

DISCUSIÓN

El objetivo general de este trabajo fue describir el grado de conocimiento y la percepción que tienen los profesionales de salud que se desempeñan en el área obstétrica pública y privada de la región de Magallanes sobre los derechos asociados a la atención de salud obstétrica y ginecológica. Este trabajo estaría entre los primeros que han explorado las percepciones de los profesionales de la salud que se desempeñan en el área, sobre la VO a nivel nacional.

Nuestros resultados muestran que hay un adecuado conocimiento respecto de las principales acciones que se consideran Violencia Obstétrica, como son el hacer sentir a la paciente inutilizada o incapaz de tomar decisiones, la práctica de esterilización quirúrgica o cesárea sin consentimiento, realizar comentarios irónicos o impedir que la paciente esté acompañada durante el trabajo de parto.

Sobre el conocimiento de la legislación sobre Violencia Obstétrica en Chile, más de la mitad de los encuestados sabe que hay un proyecto de ley en el Congreso, y sobre un 60% considera necesario legislar en forma específica para sancionar la VO.

El alto grado de conocimiento respecto de qué situaciones constituyen VO contrasta con la percepción que tienen mujeres que señalan haber vivido episodios de VO en Chile. En efecto, tal como lo muestra el estudio de Salinero

y Cárdenas de 2022 (Cárdenas & Salinero , 2022), de acuerdo a sus resultados consideran alarmante la gran cantidad de mujeres que manifiesta haber sufrido VO. En dicha investigación, 79.28% de las mujeres manifestó haber sufrido VO durante su parto, siendo 86.5% entre las atendidas en el sector público de salud, y 72.4% en la salud privada. Dentro de las acciones más frecuentes, estaban la percepción de ser infantilizadas o anuladas por el equipo médico, la percepción de vulnerabilidad ante la atención recibida, el impedimento de estar acompañada durante el parto y la realización de procedimientos sin consentimiento. En una revisión sistemática de trabajos publicados en Latinoamérica que reportaron irrespeto y maltrato durante el trabajo de parto y aborto, se encontró que éstos son problemas de derechos humanos y salud pública prevalentes en algunos países de la región. Allí se reporta una prevalencia general de irrespeto y maltrato en el parto y aborto de 39%, (Tobasia-Hege, y otros, 2019)

En nuestro estudio, del total de encuestas válidas, 25, es decir el 65,8% de las respuestas, provino de mujeres, lo que probablemente sea concordante con la conformación del grupo objetivo, donde la mayoría estaba representada por matronas, profesión donde todavía hay un bajo porcentaje de profesionales varones. Las características demográficas del grupo de encuestados muestran que la mayoría son personas mayores de 40 años (73,6%), y con más de 10 años de egresado (81,6%), lo que refleja que una parte importante de los que

respondieron la encuesta son personas con un grado suficiente de experiencia en el desempeño de su profesión.

Percepción de VO

Llama la atención que el 100% de los encuestados consideró que hacer sentir a la paciente infantilizada, anulada, incapaz de tomar decisiones, o el practicar esterilización quirúrgica sin consentimiento, corresponden a VO, lo que deja de manifiesto una especial sensibilidad frente al tema, que se pensaba no existía. Es interesante constatar que cuando en el estudio de Salinero se les preguntó a las mujeres cuáles fueron las situaciones que consideraron habían sido VO, entre las pacientes que se atendían en hospitales públicos, las medias más altas correspondían a la sensación de sentirse infantilizada o anulada por el equipo médico, a la dificultad de manifestar inquietudes o temores, expresar sus inquietudes durante el parto y la exposición a miradas de personas ajenas al equipo médico. En la atención privada, se describían como las más frecuentes la sensación de sentirse infantilizadas o anuladas, la realización de procedimientos sin información ni consentimiento, y el uso de sobrenombres o diminutivos, que generan sensación de vulnerabilidad. Asimismo, estudios internacionales como los revisados por Tobasia et al , muestran prevalencias entre 19 y 74,6% para la realización de procedimientos sin consentimiento informado, entre 27 y 100% para la falta de privacidad en el parto y aborto, y entre 2 y 62% para el trato humillante.

Las otras situaciones que la mayoría de los encuestados consideró como VO fueron realizar cesárea sin consentimiento, realizar comentarios irónicos, impedir que la paciente esté acompañada durante el trabajo de parto/parto, o después del parto hacer sentir a la paciente que no estuvo a la altura de lo que se esperaba de ella, todas ellas con un 97.4%. En contraste con estos resultados, en la revisión de Tobasia , se reportan prevalencias para la negación de acompañante durante el parto o aborto muy dispares, entre 1 y 91%, en 8 trabajos. En todo caso, hay que considerar que los trabajos revisados fueron hechos en distintos países, con metodologías heterogéneas, y con dificultad en establecer un consenso sobre qué hechos constituyen VO, lo que explicaría la amplia diferencia en los hallazgos.

En nuestro país, el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto está garantizado en la ley 20.584 de derechos y deberes de los pacientes, a través de una modificación incorporada en septiembre de 2021, con la ley 21.372 o ley “Mila”. Esta modificación se hizo sobre el artículo 6° de la ley 20.584, para establecer en forma específica el derecho a acompañamiento durante atenciones hospitalarias o ambulatorias, de niños, niñas y adolescentes, y de mujeres o personas gestantes. (Ministerio de Salud-Chile, 2022) Los roles principales de los acompañantes son el de apoyo informativo, defensa de la preferencias de la mujer o persona gestante respecto de sus deseos sobre la experiencia de parto, ayuda en las técnicas no farmacológicas de alivio del dolor, y de contención

emocional. El conocimiento de esta ley es lo que hace probable que un alto porcentaje de encuestados considere su no cumplimiento como Violencia Obstétrica, sin embargo su puesta en práctica se ve dificultada por condiciones de infraestructura, de riesgo clínico de la madre y/o el hijo por nacer, o en los últimos tres años debido a la pandemia de Covid-19, período en que se restringió el acceso a los servicios clínicos de los acompañantes, incluso durante la atención del parto y postparto.

También hay una alta percepción de que constituye VO el negar la posibilidad de usar algún dispositivo o realizar un procedimiento para el control de natalidad. Esto puede asociarse al concepto de autonomía de las mujeres gestantes y puérperas, ya que cada vez más los profesionales de la salud han entendido que las decisiones respecto al control de la natalidad, y el uso de medidas anticonceptivas es un derecho que está garantizado por la legislación chilena. Las normas sobre regulación de la fertilidad están basadas en el respeto a los principios éticos de no maleficencia, beneficencia y autonomía, donde cada persona es libre de elegir un método de control que sea seguro, eficaz, y concordante con sus propios valores y creencias. Los profesionales de la salud deben guiar esta elección, pero siempre respetando las decisiones autónomas de las usuarias.(Normas sobre regulación de la fertilidad, 2016.)

La amplia mayoría de nuestros encuestados también consideraron como VO el criticar a la paciente, no responder a sus inquietudes, dejar a la paciente

expuesta o el uso de oxitocina sin consentimiento y sin indicación clínica. Estos hallazgos coinciden con los resultados de un trabajo realizado en mujeres puérperas en Venezuela en 2011, donde ellas refieren como las acciones más frecuentes de VO los comentarios irónicos o descalificadores, el uso de sobrenombres, las críticas por llorar, la imposibilidad de manifestar miedos o inquietudes o impedir el contacto con el recién nacido. (Terán, Castellanos, Gonzalez , & Ramos , 2013)

Estas acciones de falta de respeto o maltrato pueden deberse a factores como la situación de estrés en que se sienten los profesionales al momento del parto, por la asimetría de poder entre los prestadores y las pacientes, o por factores institucionales como la falta de recursos humanos y físicos. Como se describe en el trabajo de Afulani et al de 2020, los proveedores de atención obstétrica califican a algunas mujeres como “difíciles” porque no se comportan como ellos esperarían durante el trabajo de parto o parto, justificando con ello acciones de falta de respeto, pero éstas no ocurrirían si no se agregaran factores como el estrés, la falta de ayuda y los sesgos propios de los proveedores de salud. (Afulani, y otros, 2020).

Destaca entre las respuestas que 27/38 (71,1%) consideren que la atención de un parto en domicilio sin asistencia de un médico obstetra también es VO, lo que va en relación a la crítica que se hace por parte de los profesionales de la salud a este tipo de práctica, que ha ido aumentando en Chile; en 2010 se

registraban 37 partos en casa habitación con atención profesional, y en 2019 se registraron 198 (INE). Es probable que este aumento en la atención del parto en domicilio sea justamente una respuesta a lo que se denuncia como malos tratos en los recintos de salud en el momento del trabajo de parto. Cabe señalar que esta práctica no es considerada como violencia obstétrica por la OMS, o por las agrupaciones que defienden los derechos de las mujeres y que han denunciado el abuso y falta de respeto por parte de los profesionales de la salud hacia las usuarias de obstetricia y ginecología. Al contrario, lo consideran una opción válida al momento de decidir su plan de parto. En países como Reino Unido, Países Bajos o Suecia, existen directrices para el trabajo de parto en domicilio, en embarazos de bajo riesgo, con una atención coordinada con los centros de salud. (Castro, 2017)

La acción que menos se consideró VO fue la atención de parto sin anestesia por solicitud de la paciente, 3/38(7.9%). Este ítem era una alternativa distractora, ya que el parto sin anestesia no está considerado en los estudios como VO si es por decisión voluntaria de la paciente, por lo que el bajo número de respuestas positivas tiene concordancia con ello.

Un poco más de la mitad de los encuestados señalan haber sido testigos de algún acto de Violencia Obstétrica. Entre las principales estaban aquellas referidas a maltratos verbales, como “criticar a las pacientes por expresar sus emociones durante el trabajo de parto/parto”, y “no responder de manera

adecuada a las dudas o inquietudes de la paciente”. Esto es concordante con los resultados de la Primera encuesta sobre nacimiento en Chile, en que un 43.4% de las mujeres encuestadas manifestó haber sufrido abuso verbal, en la forma de crítica o represión de emociones, para el período 2014-2017. (Sadler, Leiva Rojas, Bussenius, & Leon, 2018). Es probable que estas acciones sean reflejo de una insuficiente formación en valores éticos y en el trato adecuado a los pacientes y usuarios de los sistemas de salud.

Estas actitudes probablemente son consecuencia de lo que en educación en medicina se ha denominado “currículum oculto”, en que la relación entre docente y estudiante a lo largo de la carrera produce cambios en el aprendizaje, en la vida personal y en la forma en que los alumnos ven el mundo. Son parte del currículum oculto el abuso de poder y de jerarquía de los médicos, criterios arbitrarios de evaluación, supresión de las respuestas emocionales frente a las vivencias de sufrimiento y muerte, carencia de acciones médicas dirigidas a la integridad del paciente y la necesidad de desarrollar virtudes profesionales. Las situaciones de humillación, intimidación y discriminación de docentes a alumnos, provoca una disminución en los niveles de empatía de los estudiantes, pérdida de entusiasmo y de idealismo (Ortega, y otros, 2014). Todo esto contribuye a perpetuar las actitudes negativas hacia los pacientes.

Llama la atención que sólo un 52.6% de los encuestados señalaron haber presenciado actos de VO, lo que difiere de encuestas realizadas a mujeres

chilenas que han tenido hijos, en que hasta un 80% de las encuestadas refiere haber sido víctima de algún acto de VO, ya sea física, psíquica o sexual. No obstante esto, el tipo de maltrato o VO observado por los participantes de nuestro estudio sí coincide con los referidos como más frecuentes en investigaciones chilenas. Entre las acciones menos nombradas como vistas en la encuesta, está “después del parto, hacer sentir a la paciente que no estuvo a la altura de lo que se esperaba de ella” 2/20 (10%), y aquellas que implican una manifestación de voluntad de la paciente, a través de un consentimiento informado, como la práctica de cesárea, episiotomía o esterilización sin consentimiento. Esto se debe probablemente a la cultura de calidad y procesos de acreditación en calidad y seguridad en salud, cada vez más extendida en los recintos sanitarios públicos y privados de nuestro país, que deben cumplir con la obligatoriedad del consentimiento informado para todos los procedimientos e intervenciones quirúrgicas, aunque en muchos sólo se cumpla con la formalidad de firmar el papel, sin que el consentimiento sea realmente “informado”. Otra razón podría ser que al realizar la encuesta en una región con una población relativamente pequeña, exista menos presión asistencial en los centros hospitalarios, lo que se esgrime como una de las causas del maltrato, ya sea verbal o físico.

Al preguntar qué había hecho la persona luego de ser testigo de un hecho de VO, 18 contestaron. Sólo 1 de 18 refirió haber hecho una denuncia a una

instancia superior, mientras 7 (38.9%) dicen haber hablado con la persona que ejerció el acto de VO, y 10 de 18 (55.6%) no hicieron nada. Esto puede relacionarse con una característica cultural en que es más cómodo quedarse callado para no tener problemas, o para no generar incomodidad al compañero/a de trabajo y alterar el ambiente laboral. Es posible también que no existan a nivel institucional, instancias para denunciar este tipo de prácticas que contribuyan a generar una cultura de calidad, más que la sanción punitiva a un colega.

Conocimiento sobre la legislación

Se incluyeron en la encuesta dos preguntas destinadas a evaluar el conocimiento de los participantes sobre el proyecto de Ley que sanciona la Violencia Obstétrica en Chile, o Ley Adriana. La primera era sobre si conocían la existencia de la Ley o proyecto de ley. La mayoría de los encuestados dijeron saber que está tramitándose una ley, aunque algunos parecen confundir la aprobación en una de las cámaras legislativas con la aprobación definitiva del proyecto. En la actualidad, en Chile, el proyecto de ley sobre violencia obstétrica ha sido aprobado por la cámara de Diputadas y Diputados, y, a enero 2023, se encontraba en su segundo trámite constitucional en la Comisión de la Mujer y Equidad de Género del Senado, para votación particular de indicaciones.

La falta de información por parte de los profesionales, es tal vez un signo de la falta de participación de las comunidades en la redacción de las leyes. En este caso, sería el segmento de los profesionales de la salud del área gineco-obstétrica, que no ha tenido participación activa en la redacción de esta ley, o quizá la información no ha sido bajada apropiadamente desde los directorios de las sociedades científicas correspondientes a sus miembros. No obstante, diversos informes de prensa han comunicado los alcances de esta tramitación en el Congreso (Mostrador, 2021) (24horas, 2022).

Ante la consulta de si consideran necesario legislar en forma específica contra la VO, 22/38 (57.9%) considera que sí es necesaria una ley dirigida a VO, mientras 13/38 (34.2%) cree que es suficiente con la ley 20.584 de deberes y derechos de los pacientes. Sólo 1 de 38 piensa que no es necesaria una ley. Este resultado refleja que los profesionales de la salud encuestados tendrían preocupación sobre el tema y que consideran que de alguna manera se debe sancionar a quienes ejercen VO.

Quienes han promovido la creación de una ley específica para los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y que sanciona la violencia obstétrica, lo han hecho debido a que consideran que hay un vacío legal en la actualidad en Chile, ya que no hay una ley que proteja específicamente los derechos de las mujeres gestantes, en trabajo de parto y postparto, así como los del neonato, y

donde se definan los actos constituyentes de maltrato. (Cámara de Diputados y diputadas de Chile, 2017)

Otra razón para legislar sobre el maltrato o faltas de respeto en el embarazo, parto y puerperio, o Violencia Obstétrica, en Chile, es el avance que en este tipo de legislación llevan otros países de Latinoamérica, como Venezuela, que en el año 2007 se convirtió en el primer país en definir legalmente la VO y tipificarla como delito, en la Ley Orgánica sobre el derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia. En Uruguay también se ha legislado sobre el tema, a través de la Ley de Acompañamiento del Parto y nacimiento, de 2001, y las Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio del 2008. En Argentina, el concepto de violencia obstétrica está tipificado en la Ley de Protección Integral a las Mujeres del año 2009, y en Paraguay, se crea en 2008 la Ley N.º 18.426 para la Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.

En estos países, como en el nuestro, aunque hay escasez de recursos, condiciones laborales no óptimas o políticas de salud, se considera que eso no puede obstaculizar una atención de calidad, atenta y respetuosa de los derechos humanos. (Cuauro, 2017)

La forma en que se ha abordado la violencia obstétrica y la eliminación de las formas de irrespeto y maltrato a las mujeres gestantes y parturientas en América

Latina, difiere de Europa, donde estas materias están mucho más atrasadas, y aun no se ha legislado al respecto.

En Europa, en el año 2019 el Consejo Europeo promulgó una resolución, la 2306 (2019), donde reconoce la existencia de la Violencia Obstétrica como una forma de violencia contra la mujer y de violación de los derechos humanos. En ella reiteran su compromiso con la Convención de Estambul, resolución 2289 (2019), que apoya la lucha contra todas las formas de violencia contra las mujeres.

Para lograr este objetivo, recomiendan a todos sus miembros trabajar en combatir la discriminación en salud, asegurar una atención digna y con respeto a los derechos humanos durante los controles médicos, tratamiento y nacimiento; difundir los derechos de los pacientes, educar a los profesionales de la salud en la importancia de una buena relación clínica, de la importancia del consentimiento informado, la no discriminación por género o discapacidad; proponer mecanismos de compensación para las personas que han sido víctimas de violencia obstétrica; ratificar e implementar la Convención de Estambul, e implementar las recomendaciones del Consejo de Ministros para combatir el sexismo. También hace un llamado a los parlamentos de los países miembros a discutir la protección de los derechos de los pacientes en el contexto de la atención y la violencia obstétrica y ginecológica, para contribuir al debate público y eliminar tabús. (Consejo de Europa, 2019)

En España se aprobó una modificación a la ley de salud sexual y reproductiva, para reforzar las prácticas relativas al parto respetado y el consentimiento informado de la paciente, sin embargo se dejó fuera el concepto de Violencia Obstétrica.

Privacidad de los pacientes

En la parte final de la encuesta se hicieron preguntas relacionadas a la no discriminación y al respeto por la privacidad de los pacientes. En la pregunta sobre si piensan que “en su lugar de trabajo, algunas pacientes embarazadas o puérperas a veces son tratadas de forma diferente dependiendo de la edad, estado marital, número de hijos, educación u otros, comparadas con otras pacientes”, hubo respuestas divididas; 16/38 (42.1%) contestaron que sí, 16/38 dijeron que no, y 4 prefirieron no contestar. No hubo diferencias entre quienes trabajan en hospital público o en el sistema privado, por lo que no se puede concluir que haya una tendencia en la percepción de esta característica, positiva o negativa.

Esto contrasta con los resultados de la encuesta de Sadler et al, en que se detecta una clara diferencia en el trato a las pacientes según edad, nivel educacional o lugar de atención (hospital público o clínica privada), siendo las

mujeres de menor edad, con menor nivel educacional y que se atienden en hospital público las que refieren mayor incidencia de abuso verbal y físico. (Sadler, Leiva Rojas, Bussenius, & Leon, 2018)

La privacidad de los pacientes se evaluó en forma indirecta a través de la pregunta relacionada al tipo de ficha clínica utilizada, si en papel o digital, ya que la tendencia actual en los sistemas de salud es a digitalizar la información de los pacientes, para optimizar la atención, agilizar el intercambio de información entre prestadores y tener mejor control sobre quiénes acceden a ella, siempre procurando el resguardo de la confidencialidad de la información.. Aquellos que trabajan en hospital público señalaron que se trabaja en ficha de papel 20/27 (74.1%), o ficha mixta 7/27 (25.9%). De los que indicaron que trabajan en el sistema privado, 4/9 (44.4%) lo hacían con ficha digital, y 5/9 (55.6%) con un sistema mixto de registro clínico. Si bien es un número bajo de encuestados, al menos muestra que en el sistema público de salud el uso de la ficha de papel aún está vigente, por razones principalmente de costos, lo que genera un riesgo potencial de vulneración de la privacidad de los pacientes, al haber un menor control sobre quiénes acceden a información sensible, versus el control que se ejerce cuando la ficha es digital. Además, el uso de la historia clínica digital significa una mejora en la atención del paciente tanto desde el punto de vista clínico como administrativo. (Vasquez, 2020)

Relación entre Violencia Obstétrica y Bioética

Los resultados de esta investigación, a pesar de lo pequeño de la muestra, pueden ser interpretados desde diferentes ámbitos de la bioética. Como ya mencionamos en la Introducción, las principales relaciones serían con los Derechos Humanos, la ética del cuidado, la ética de la virtud y los principios bioéticos, aspectos en los cuales profundizaremos a continuación.

VO y Derechos Humanos

Una forma de vincular la Violencia Obstétrica con la Bioética es porque la consideramos una forma de no respeto de los Derechos Humanos de las pacientes o usuarias, ya sea porque la violencia obstétrica es una violencia de género, y también porque se la considera una afectación del derecho humano a la salud.

Tal como señala la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDDHH), aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1948, “los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad, origen étnico, lengua, religión o cualquier otra condición. Entre los derechos humanos se incluyen el derecho a la vida y a la libertad; a no estar sometido ni a esclavitud ni a torturas; a la libertad

de opinión y de expresión; a la educación y al trabajo, entre otros muchos. Estos derechos corresponden a todas las personas, sin discriminación alguna.”

Esta declaración ha ido incorporando normas específicas para proteger a mujeres, niños y grupos vulnerables de la discriminación de que han sido objeto históricamente. (Naciones Unidas)

Se considera que la VO constituye una vulneración de los derechos humanos de las mujeres por cuanto afecta, por ejemplo, el derecho a la integridad personal, como lo contempla el artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que señala que todas las personas tienen derecho a que su integridad física, psíquica y moral sea respetada. Esto no ocurriría en muchas prácticas de la VO, como la episiotomía o cesáreas sin indicación. Así mismo, este artículo consagra el derecho al respeto a la honra y reconocimiento de la dignidad.

También el artículo 12 de la DUDDHH señala que “nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación”, lo que se ve vulnerado cuando se expone innecesariamente y sin consentimiento el cuerpo de las mujeres a personas extrañas.

En el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos se establece el derecho a la información y a la toma de decisiones libre

e informada sobre la salud, lo que también sería vulnerado al realizar intervenciones médicas sin información suficiente y sin consentimiento, como la esterilización quirúrgica, cesáreas, episiotomía, o el uso de medicamentos como oxitocina sin indicación clínica. (Belli L. F., 2013)

El trabajo del poder legislativo chileno, para crear una ley que sancione el maltrato o irrespeto hacia las pacientes gineco obstétricas, también llamado Violencia Obstétrica, es parte de los compromisos internacionales que el Estado chileno ha contraído en el sentido de “eliminar toda violencia de género, como también, prácticas que atenten contra los derechos humanos”. Tales compromisos incluyen el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1969 (PIDESC) artículo 2 inciso 2 sobre el compromiso a garantizar los derechos enunciados, sin discriminación de raza, color, sexo, idioma, religión, política o de otra índole; artículo 3 que asegura a hombres y mujeres igualdad en el goce de todos los derechos enunciados en el pacto y, en especial, el artículo 10 inciso 2 que establece especial protección a las madres durante un período razonable antes y después del parto, y el artículo 12 que reconoce el derecho de todas las personas al disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos). También la ratificación de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (ONU, 1984); el Informe de la CEDAW (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer) ratificado en Chile en 1989,

donde se promueve la «equidad de género y finalizar con la violencia y discriminación en contra de la mujer»; Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia en Contra de la Mujer «Convención de Belem do Para» 1996; Ratificación acuerdo Objetivo del Milenio (ONU, 2010), cuyo tercer objetivo exige “promover la igualdad entre géneros y empoderamiento de la mujer” (Cámara de Diputados y diputadas de Chile, 2017)

Además, se correlaciona con los objetivos de la Organización Mundial de la Salud, que ha establecido que “en particular, las embarazadas tienen derecho a recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información, a no sufrir discriminación y a obtener el más alto nivel de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva para prevenir y erradicar el maltrato y falta de respeto en el parto,” y para lograrlo sugiere medidas como:

1. “Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.
2. Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.
3. Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto.

4. Es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso.
5. Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas”.

(Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, 2014)

Parte de estos objetivos se cumplirían a través de la legislación que se está tramitando, además de la creación de programas gubernamentales y apoyo a la investigación científica sobre el tema del maltrato a la mujer en la atención gineco obstétrica. Por otra parte, la difusión e implementación de políticas de calidad y mejora en la atención, ayudarán a realzar los derechos de la mujer en este ámbito.

En cada situación de violencia obstétrica se puede detectar la vulneración de más de un derecho, por ejemplo el derecho a la integridad personal, derecho a la privacidad e intimidad, a la información y toma de decisiones, derecho a no recibir tratos crueles y degradantes, y a la no discriminación.

VO y ética del cuidado.

Esta teoría ética tiene sus orígenes en los estudios sobre el desarrollo moral de los individuos, realizados por Piaget en 1932 y luego Kohlberg entre 1981 y 1984. En esos estudios, para describir las etapas del desarrollo moral, se excluyó a las mujeres. Al aplicar esta escala moral desarrollada por Kohlberg a mujeres, se observó que su desarrollo moral era inferior al de los hombres, que sus juicios se enfocaban más hacia la responsabilidad y el cuidado del otro, mientras que los hombres serían poseedores de un juicio autónomo y con capacidad de tomar decisiones claras, basadas en el individualismo

Carol Gilligan, que en algún momento fue ayudante de Lawrence Kohlberg, a partir de 1982 comienza a trabajar en sus propias investigaciones para refutar esta teoría. Ella concluye que el desarrollo moral de las mujeres es diferente al de los hombres, pero con el mismo valor. Los problemas morales para las mujeres se entienden como un conflicto de responsabilidades. Gilligan plantea la ética del cuidado como una responsabilidad social, que busca el bienestar de las personas que serán afectadas por las decisiones morales. Debe haber una segunda voz, que se preocupe por las diferencias, por el cuidado y la búsqueda del bienestar del otro, que debe ser reconocido en su particularidad. Esta responsabilidad se ejerce en forma de ayuda, si vemos que alguien tiene una necesidad, tenemos una obligación de ayudar. (Alvarado, La ética del cuidado, 2004)

La ética del cuidado hace un llamado a visibilizar las necesidades de distintos grupos, más allá de la estricta atención clínica, lo que en el caso de las mujeres embarazadas y parturientas se traduce en empoderarlas de sus circunstancias y darles la autonomía para decidir acerca de su propio embarazo y parto, alejándose del modelo médico patriarcal. En el estudio presentado, se intentó determinar cuáles eran las percepciones de los profesionales de la salud del área gineco obstétrica, en relación a variables que reflejan distintos aspectos del cuidado, como son el respeto por la autonomía, la vinculación con la vulnerabilidad, y la comprensión de las circunstancias de las pacientes. Se pudo detectar una importante percepción de que constituyen maltrato, falta de respeto, o VO, algunos hechos que las mujeres han manifestado que son relevantes para ellas en otros trabajos, como hacer sentir a la paciente infantilizada o anulada, o realizar procedimientos como la episiotomía o esterilización sin consentimiento. Esto se relacionaría con que hay conciencia entre los profesionales de la importancia de comprender a la paciente o usuaria, respetar sus circunstancias y valorar su autonomía.

Hacer a las mujeres más autónomas en sus decisiones y trabajar en erradicar la violencia obstétrica puede mejorar la relación entre usuarias y profesionales del área obstétrica, mejorando la calidad de la atención y los resultados en salud. (Martin-Bellido, La construcción del Empoderamiento Femenino: visibilizando la violencia obstétrica, 2020) Los profesionales de la salud en general, no sólo los

médicos, deben entregar a sus pacientes el tratamiento para su enfermedad o condición, pero también cuidado y acompañamiento. Como lo señala Francesc Torralba en sus Siete Tesis del cuidar “el ejercicio del cuidar, que, más allá de su carácter prosaico y cotidiano, resulta fundamental para la subsistencia del género humano, exige:

- el escrupuloso respeto de la autonomía del otro

- el conocimiento y la comprensión de la circunstancia del sujeto cuidado

- el análisis de sus necesidades

- la capacidad de anticipación

- el respeto y la promoción de la identidad del sujeto cuidado

- el autocuidado como garantía de un cuidado correcto

- la vinculación empática con la vulnerabilidad del otro” (Torralba, 2005)

Hay otras variables, como el trabajo de parto en domicilio, sin la asistencia de un obstetra, en que un alto porcentaje (71.1%) lo consideró VO, siendo que no está incluido en la legislación o normativas de la OMS. Esto sería una muestra de que aún hay algunas acciones que los profesionales de la salud consideran que deben estar bajo su cuidado bajo cualquier circunstancia, incluso cuando se trate de un parto programado en pacientes de bajo riesgo. Así lo manifiesta la

Sociedad Chilena de Ginecología y Obstetricia, en su declaración de 2017, donde ellos se basan en estudios científicos para afirmar que el parto programado en domicilio se asocia a mayor riesgo de muerte y enfermedad para el feto o recién nacido y su madre, por lo que no lo recomiendan. (Carvajal J. , 2017)

Esto contrasta con los resultados de una revisión Cochrane publicada este año, donde se buscaba evidencia de Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) que comprobaran que un parto planificado hospitalario tiene mejores resultados que un parto domiciliario planificado, en mujeres con bajo riesgo de complicaciones, y no se encontró tal evidencia. La misma revisión señala que "la International Federation of Gynecology and Obstetrics y la International Confederation of Midwives concluyen conjuntamente que existe evidencia sólida de que el parto extrahospitalario asistido por una comadrona titulada es seguro", por lo que se hace más difícil la realización de un ECA, y deba realizarse una revisión sistemática de estudios observacionales. (Clausen & Olsen O, 2023) A su vez, las guías del sistema de salud del Reino Unido para el cuidado intraparto (NICE) señalan que las pacientes multíparas de bajo riesgo pueden elegir el lugar de parto, incluyendo el domicilio, y que esto no conlleva mayor riesgo para la madre o el feto o recién nacido que si naciera en una unidad hospitalaria, mientras que para las pacientes nulíparas de bajo riesgo, un parto en domicilio significa un leve aumento del riesgo de un resultado adverso. Además, los nacimientos en domicilio o en una unidad de obstetricia fuera del hospital en pacientes multíparas

de bajo riesgo, tienen menor frecuencia de intervenciones como instrumentación del parto, cesárea y episiotomía. (National Institute for Health and Care Excellence, 2014)

En estas guías se norma el trabajo de las matronas en los diversos escenarios en que puede tener lugar el nacimiento, ya sea hospitales, unidades obstétricas o domicilio, y se pone a disposición de las pacientes y recién nacidos el sistema de salud en caso de que una atención más especializada sea necesaria.

Considerando esta información, los servicios de salud de nuestro país, en particular el área obstétrica, deberían trabajar en mejorar las condiciones de equidad y accesibilidad de los cuidados, para que quienes reúnan las condiciones puedan elegir el lugar de nacimiento de su hijo, sea en un hospital, una unidad obstétrica independiente o en el domicilio, sin que ello signifique un aumento del riesgo de eventos adversos, y se pueda respetar la autonomía de la mujer. Pero en ningún caso se debiera considerar que un parto programado en domicilio bajo condiciones adecuadas constituye violencia obstétrica. La atención de pacientes gineco obstétricas, donde además de la condición de vulnerabilidad del embarazo, se agregan a veces otros factores como la vulnerabilidad económica, la diversidad de género de las usuarias y la inmigración, requiere que los profesionales de la salud estén atentos a estas variables, y entreguen una atención enmarcada en la ética del cuidado, respetando los considerandos nombrados antes.

VO y ética de la virtud:

La ética de la virtud nos indica que los profesionales de la salud deben desarrollar su labor buscando la excelencia en su práctica profesional. De acuerdo a la teoría de James Drane, “las virtudes específicas del médico son cuatro: 1) la benevolencia, relacionada con el acto del diagnóstico, el establecimiento del pronóstico y el tratamiento; 2) la veracidad, puesta en práctica en el momento de la comunicación con el paciente; 3) el respeto hacia el otro, que se lleva a cabo en la toma de decisiones y, finalmente, 4) la amistad, cualidad básica que debería articular la relación médico-paciente y que se traduce en la confianza.” (Herreros, Real de Asua, & Palacios, 2018). Si analizamos los resultados de la encuesta, habrían algunos profesionales que parecen alejarse del comportamiento deseable, principalmente, al ejercer actos de maltrato verbal como “criticar a la paciente por expresar sus emociones durante el trabajo de parto/parto”, o faltar a las virtudes de benevolencia y veracidad, al “no responder de manera adecuada a las dudas o inquietudes de la paciente”.

La falta de las virtudes señaladas por Drane en la relación profesional-usuaria se refleja en algunas de las acciones que se revelan como las más negativas entre las mujeres. Tal como mencionamos antes, en uno de los trabajos de

Salinero y Cárdenas, de 2022, realizado entre mujeres chilenas mayores de 18 años que hubieran tenido un parto en el sistema público o privado, se describe que en Chile resulta alarmante la alta proporción de mujeres que manifiestan haber sufrido VO, hasta 8 de cada 10. Entre las acciones más descritas en su trabajo, se encuentran el lenguaje irónico, en tono de broma, o que infantiliza a las mujeres. También la falta de consideración con las pacientes, no responder a sus preguntas, “la falta de empatía, las críticas permanentes a la expresión de sus emociones o por manifestar dolor, no son sino demostraciones del trato inhumano que campea en la atención obstétrica” (Cárdenas & Salinero , 2022).

Todas estas acciones descritas se alejan de lo que la ética de la virtud pide a los profesionales de la salud, quienes deben ejercitar, en palabras de Thierry Collaud, “la justicia, el coraje, la compasión, la misericordia, la humildad, el humor y la amistad”. Esto no sólo para entregar una atención enmarcada en el respeto y la confianza con los pacientes, sino para cuidarse a ellos mismos durante su labor. (SAR quavitaе, 2011)

Basado en lo descrito por diversos autores, se hace necesario sensibilizar a los actores de la salud acerca de las prácticas que serían contrarias al respeto de los derechos de las usuarias, y garantizar que éstas reciban un trato digno , información completa sobre sus tratamientos, y otorgando acceso y calidad

igualitarios, independiente del origen social o económico de la mujer. Para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas, es necesaria la educación de estudiantes y profesionales de la salud en valores y principios éticos, como la dignidad de cada persona, el respeto a la autonomía, la no maleficencia y beneficencia. La empatía, la información veraz al paciente, el trato respetuoso, también son valores importantes a promover.

Principios bioéticos vulnerados en la VO

Los principios bioéticos son aquellos planteados por Beauchamp y Childress como los cuatro principios fundamentales o prima facie, que orientan las decisiones morales, y se aplican a situaciones médicas concretas para identificar, analizar y resolver los conflictos éticos que se presentan. Estos principios son no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. (Institut Borja de Bioètica, 2011)

El principio de no maleficencia significa no causar daño a través de los actos realizados; en este caso, en la atención del embarazo y el parto, sería no realizar acciones como cesáreas innecesarias, inducción oxitócica sin indicación médica, agresiones verbales o físicas que puedan causar daño físico o psicológico a la mujer gestante.

El principio de beneficencia es el que busca que la acción médica sea usada con sentimientos de filantropía y de amor por el ser humano, buscando una mejoría a través de ella. Corresponde a las acciones positivas que se realizan en el marco de la atención de salud a la mujer gestante y su entorno, como permitir el parto en la posición deseada, permitir el acompañamiento permanente por una persona significativa, brindar la atención de salud en forma oportuna y con calidad, según lo requiera la condición de la paciente en cada momento.

El principio de autonomía en la atención obstétrica significa que la mujer debe recibir la información necesaria acerca de las alternativas de tratamiento, sus riesgos y beneficios, para luego tomar una decisión y consentir o rechazar una determinada atención. “Los derechos sexuales y reproductivos hacen parte integral de los derechos humanos de las mujeres, tienen el derecho al más alto nivel de atención en salud sexual y reproductiva, sin coacción, discriminación o violencia. De igual forma, derecho a la integridad de su cuerpo.” (Cuauro, 2017)

Una forma relevante de respeto a la autonomía dentro de la atención obstétrica y de salud en general, es el consentimiento informado. Si bien en esta encuesta los resultados muestran que pocos encuestados refieren haber sido testigo de actos relacionados con la falta de consentimiento, como cesáreas o esterilizaciones sin consentimiento, el no responder de manera adecuada a las dudas o inquietudes de la paciente también es una forma de faltar a la autonomía y al consentimiento informado. Según los trabajos revisados, este es uno de los

principios que con más frecuencia las mujeres reclaman que se ven vulnerados, en la forma de procedimientos innecesarios y no informados, como la episiotomía o el uso de oxitócicos, las cesáreas sin indicación clínica, la negativa a entregar información o el impedimento de estar acompañada en todo momento.

En suma, los actos de maltrato o abuso contra las mujeres, o de violencia obstétrica, constituyen por parte de los profesionales de la salud que los ejercen, faltas graves a los principios y valores éticos que deben guiar su actuar profesional y personal, en diversas formas.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Como se diseñó esta investigación en forma de una encuesta cuantitativa, que se difundiría a través de los encuestados y sus contactos, una limitación es que no se tiene un control sobre cuántas personas recibieron el enlace y de ellas cuántas contestaron. A su vez, dado la metodología elegida (cuestionario on - line), no es posible conocer en profundidad el fenómeno estudiado, a menos que se diseñen estudios de corte cualitativo. Como por conveniencia de la autora de esta tesis se eligió a profesionales de la salud de la Región de Magallanes, los resultados no pueden extrapolarse a otras realidades de nuestro país, ya que las prácticas profesionales pueden influir por circunstancias locales, como la demanda asistencial.

PROYECCIONES

Ante la escasa disponibilidad de investigaciones hechas en Chile para conocer la percepción y el conocimiento de los profesionales de la salud sobre la violencia obstétrica o el parto respetado, creo que este trabajo, a pesar de sus limitaciones por el bajo número de encuestados, tiene una proyección interesante a nivel nacional, haciéndole las correcciones necesarias para abarcar un mayor número de encuestados.

Considerando que estamos en medio de un proceso legislativo, para que haya una ley de parto respetado, creo que es necesario conocer la opinión de los profesionales involucrados, especialmente si esta ley incluye una modificación del Código Penal, para tipificar algunas de estas acciones como delitos

CONCLUSIÓN

El objetivo de esta tesis de magíster era determinar el grado de conocimiento y percepción de los profesionales de la salud del área gineco obstétrica de la región de Magallanes respecto de los derechos asociados a la atención obstétrica y ginecológica. Se trata de un trabajo descriptivo, cuyos resultados principales muestran que existe una alta percepción dentro del grupo encuestado acerca de algunas acciones que constituyen violencia obstétrica, como hacer sentir a la paciente infantilizada o anulada durante la atención, o practicar algunos procedimientos sin conocimiento, como cesárea o esterilización quirúrgica.

También destaca que aún persisten acciones como el maltrato verbal o la falta de información, lo que es una muestra de los déficit en la formación acerca del respeto, trato a los pacientes y formas de entrega de información que han sufrido los profesionales de la salud.

Finalmente, destaco como conclusiones importantes dos elementos:

Uno, debe hablarse con franqueza de Violencia Obstétrica, ya que es una forma de relevar el sentir de muchas mujeres que han denunciado estos maltratos; esto no pretende en modo alguno estigmatizar o señalar a los profesionales de la salud.

Otro es que queda como tarea importante la educación en ética y valores para los profesionales de la salud, la difusión de los derechos de las mujeres en la atención gineco obstétrica, y la promulgación de las leyes pertinentes que las protejan.

BIBLIOGRAFÍA

Comisión de las mujeres y equidad de género del Senado de Chile. (2023). *Primer informe de la comisión de la mujer y equidad de género*. Obtenido de https://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=12148-11

24horas. (mayo de 2022). *24 Horas*. Obtenido de <https://www.24horas.cl/politica/ley-adriana-camara-aprueba-proyecto-que-sanciona-violencia-gineco-obstetrica-5296514>

Afulani, P., Kelly, A., Buback, L., Asunka, J., Kirumbi, L., & Lyndon, A. (2020). Providers' perceptions of disrespect and abuse during childbirth: a mixed-methods study in Kenya. *Health Policy and Planning*, 577-586.

Alvarado, A. (2004). La ética del cuidado. *Aquichan*, 4(1), 30-39. Obtenido de Scielo.org.

Asamblea Nacional de la república Bolivariana de Venezuela. (2007). *Gaceta oficial de la república bolivariana de Venezuela*. Recuperado el junio de 2023, de [acnur.otg: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf](https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf)

Belli, L. (enero-junio de 2013). la violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Red Bioética/UNESCO*, 1(7), 25-34.

Cámara de Diputados y diputadas de Chile. (diciembre de 2017). Recuperado el abril de 2023, de [camara.cl: https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=63744](https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=63744)

- Cardenas Castro , M., & Salinero Rates, S. (2021). Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. *Interdisciplinaria*, 38(2), 209-223.
- Cárdenas, M., & Salinero , S. (2022). Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, e24.
- Carvajal, J. (2017). Parto programado en el domicilio: mirada desde la SOCHOG. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 82(2), Editorial.
- Carvajal, S. (diciembre de 2020). Virtudes del médico: ¿qué importancia le atribuyen los pacientes? *Revista Médica de Chile*, 148(12), 1767-1772.
- Castro, E. (2017). *Instituto Políticas Públicas en Salud Universidad San Sebastián*. Recuperado el junio de 2023, de <https://ipsuss.cl/columnas-de-opinion/erica-castro/parto-en-casa>
- Clausen, J., & Olsen O. (8 de marzo de 2023). *Parto hospitalario planificado frente a parto en casa planificado*. Recuperado el junio de 2023, de Cochrane.org: https://www.cochrane.org/es/CD000352/PREG_parto-hospitalario-planificado-frente-parto-en-casa-planificado
- Consejo de Europa. (2019). *Resolution 2306 (2019)*. Recuperado el julio de 2023, de Asamblea Parlamentaria: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28236&lang=en>
- Cuauro, J. C. (2017). LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA. UNA MIRADA DESDE LA BIOÉTICA MÉDICA A LAS CUESTIONES LEGALES. *Revista de Bioética Latinoamericana*, 20, 56-76.

- Faneite, J., Feo, A., & Toro Merlo, J. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 4-12.
- Feyto, L. (2005). La ética del cuidado: modas, paradojas, talentos. En A. d. clínica, *La Bioética: un puente inacabado*. (págs. 79-87). Madrid.
- Figueroa, Y., & Negrete, E. (2020). *ONEA MEXICO*. Obtenido de ONEAMEXICO.ORG:
<https://oneamexico.org/2020/02/14/violencia-obstetrica-el-desprecio-a-la-mujer-tambien-es-corrupcion/>
- Herreros, B., Real de Asua, D., & Palacios, G. (2018). ¿Seguimos siendo guardianes de nuestros pacientes?: la contribución de James Drane a la ética clínica actual. *Journal of Healthcare Quality Research*, 54-59.
- INE. (s.f.). *estadísticas vitales-variables nacimiento*. Recuperado el junio de 2023, de ine.cl:
<https://redatam-ine.ine.cl/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=EV&lang=esp>
- Institut Borja de Bioética. (2011). Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. *Bioética y Debat*, 17, 1-7.
- Instituto Nacional de estadísticas. (s.f.). *Estadísticas Vitales*. Recuperado el junio de 2023, de ine.gob.cl: <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones>
- Martin-Bellido, C. (2020). La construcción del Empoderamiento Femenino: visibilizando la violencia obstétrica. *Temperamentvm*, 16.

Meza, M. (2021). *www.ovochile.cl*. Recuperado el mayo de 2022, de Observatorio de Violencia Obstétrica Chile: <https://ovochile.cl/noticias/ley-adriana-la-lucha-por-educar-y-poner-fin-a-la-violencia-obstetrica-en-chile/>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos República Argentina. (2018). *Ley 25.929 Parto Humanizado*. Recuperado el junio de 2023, de argentina.gob.ar:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf

Ministerio de Salud-Chile. (2022). *diprece.minsal.cl*. Recuperado el junio de 2023, de Minsal.cl:
<https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/06/26052022-NT-Ley-21.372-Mila-Version-para-publicar-v2.pdf>

Mostrador, E. (noviembre de 2021). *El Mostrador*. Obtenido de
<https://www.elmostrador.cl/braga/2021/11/12/ley-adriana-que-promueve-el-parto-respetuoso-y-sanciona-la-violencia-ginecoobstetrica-fue-despachada-para-su-discusion-en-particular/>

Naciones Unidas. (s.f.). *Derechos Humanos*. Recuperado el junio de 2023, de un.org:
<https://www.un.org/es/global-issues/human-rights>

National Institute for Health and Care Excellence. (Diciembre de 2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Recuperado el junio de 2023, de NICE:
<https://www.nice.org.uk/guidance/CG190/chapter/recommendations>

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. (s.f.). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado el junio de 2023, de ohchr.org: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

Organización Mundial de la Salud. (2002). Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. Francia.

Ortega, J., Fasce, E., Perez, C., Ibañez, P., Marquez, C., & Parra, P. (2014). Evaluación de componentes del currículum oculto en estudiantes de medicina. *Revista Medica de Chile*, 1452-1457.

OVO Chile. (mayo de 2022). *ovochile/noticias*. Recuperado el abril de 2023, de [www.ovochile.cl](http://ovochile.cl): <http://ovochile.cl/noticias/ley-de-parto-respetado-se-aprueba-en-la-camara-y-pasa-al-senado/>

Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. (2014). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf

Rojas, M. J. (2018). La violencia obstétrica como violación de los derechos humanos y su situación en Chile. El caso de Lorenza Cayuhuán. *Solonik. Políticas públicas y derechos humanos.*, 45-61.

Sadler, M., Leiva Rojas, G., Bussenius, P., & Leon, T. (junio de 2018). OVO Chile 2018, Resultados Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile.

Santiago, M. d. (2014). Virtudes en Bioética Clínica. En *Cuadernos de Bioética XXV* (Vol. 1).

Madrid, España.

SAR quavitae. (2011). Guía práctica: ética para profesionales de la salud. En C. d. quavitae.

España.

Senado de la República de Chile. (2018). *boletín 12148-11*. Recuperado el 2023 de junio , de

Senado.cl:

https://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=12148-11

Sesia, P. (2020). Violencia obstétrica en México: la consolidación disputada de un nuevo

paradigma. En P. Quattrocchi, & N. Magnone, *Violencia obstétrica en América Latina, conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (págs. 3-24). Buenos Aires:

Ediciones Universidad Nacional de Lanús.

Terán, P., Castellanos, C., Gonzalez , M., & Ramos , D. (2013). Violencia obstétrica: percepción

de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3).

Tobasia-Hege, C., Pinart, M., Madeira, S., Guedes, A., Reveiz, L., Valdez-Santiago, R., . . . Souza,

J. (2019). Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43(e36).

Torralba, F. (2005). Esencia del cuidar. Siete tesis. *Sal terrae: Revista de teología pastoral.*, 885-

894.

Valdés, E. (2015). HACIENDO MÁS PRÁCTICO EL PRINCIPIALISMO La importancia de la especificación y el balance moral en bioética. *Revista Bioética y Derecho*, 35.

Vasquez, M. d. (2020). *HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA : UN NUEVO PARADIGMA EN EL ACTO ASISTENCIAL Y EN LA AUDITORÍA MÉDICA*. Obtenido de AUDITORIA MEDICA HOY:
<http://auditoriamedicahoy.com/biblioteca/Dra%20VAZQUEZ%20monografia%20comentada.pdf>

World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Luxemburgo: World Health Organization. Obtenido de :
www.who.int/: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250796>

ANEXO 1

Encuesta aplicada

1) Género

- a) Femenino
- b) Masculino
- c) No binario
- d) Prefiere no contestar

2) Edad:

3) Profesión:

- a) Médico/a:
 - a.1 Ginecólogo-obstetra
 - a.2. Anestesiólogo
 - a.3. Pediatra
 - a.4. sin especialidad pero trabaja en área ginecobstetricia
- b) Matrn/a
- c) Enfermera/o

4) Lugar de trabajo (marque todas las que correspondan)

- atención primaria de salud (municipal o Servicio de salud)
- hospital público o institucional
- institución privada de salud

5) Años de egresado: _____

Años de trabajo en el área ginecoobstétrica: _____

6) Cuáles de las siguientes situaciones estima usted que corresponden a Violencia Obstétrica (VO), responda SÍ o No a cada una:

SÍ NO

- Realizar comentarios irónicos o en forma de chiste acerca de las pacientes.
- Tratar a las pacientes con sobrenombres o diminutivos (mamita-gordita)
- Hacer sentir a la paciente infantilizada o anulada, incapaz de tomar decisiones.
- Criticar a la paciente por expresar sus emociones (gritar-llorar) durante trabajo de parto/parto.
- No responder de manera apropiada a las dudas o inquietudes de la paciente.
- Atender un parto vaginal sin anestesia, por solicitud de la paciente.
- Realizar cesárea sin consentimiento o información suficiente a la paciente.
- Usar oxitocina sin indicación clínica y sin consentimiento de la paciente
- Realizar episiotomía sin consentimiento.
- Practicar esterilización quirúrgica sin consentimiento
- Obligar a la paciente a permanecer en decúbito dorsal aunque se sienta incómoda.

-Atender un parto en el domicilio, sin la asistencia de un médico obstetra.

-Impedir que la paciente esté acompañada por una persona de su confianza durante el trabajo de parto/parto.

-Impedir el contacto inmediato de la madre con el recién nacido antes que se lo lleve el neonatólogo para control.

-Después del parto, hacer sentir a la paciente que no estuvo a la altura de lo que se esperaba de ella.

-Después del parto, negar la posibilidad de usar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad (DIU, esterilización tubaria)

-Durante o después del parto, dejar expuesta a la paciente a la mirada de personas desconocidas para ella.

7) ¿Ha visto en su lugar de trabajo, que alguien del personal ejerza VO en mujeres gestantes o puérperas?

a) Sí

b) No

c) No estoy seguro/a

d) Prefiero no contestar

¿Si su respuesta es afirmativa, a quién o quiénes ha visto? (Marque todas las que correspondan)

--Médico

--Matrón/a

--Enfermera/o

--Técnico enfermería

--Personal auxiliar

--Personal administrativo

--Otros/as

¿Cuáles? (marque todas las que correspondan)

- Realizar comentarios irónicos o en forma de chiste acerca de las pacientes
- Tratar a las pacientes con sobrenombres o diminutivos (mamita-gordita).
- Hacer sentir a la paciente infantilizada o anulada, incapaz de tomar decisiones.
- Atender un parto vaginal sin anestesia, por solicitud de la paciente.
- Criticar a la paciente por expresar sus emociones (gritar-llorar) durante trabajo de parto/parto.
- No responder de manera apropiada a las dudas o inquietudes de la paciente.
- Realizar procedimientos sin consentimiento o sin explicación apropiada a la paciente (uso de oxitocina, episiotomía, cesárea, esterilización).

-Obligar a la paciente a permanecer en decúbito dorsal aunque se sienta incómoda.

-Atender un parto en el domicilio, sin la asistencia de un médico obstetra.

- impedir que la paciente esté acompañada por una persona de su confianza durante el trabajo de parto/parto.

-Impedir el contacto inmediato de la madre con el recién nacido antes que se lo lleve el neonatólogo para control.

-Después del parto, hacer sentir a la paciente que no estuvo a la altura de lo que se esperaba de ella.

-Después del parto, negar la posibilidad de usar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad (DIU, esterilización tubaria)

-Durante o después del parto, dejar expuesta a la paciente a la mirada de personas desconocidas para ella.

8) En el caso que usted haya sido testigo de VO, ¿cuál ha sido su actitud posterior?

a) Denunciar el hecho a una instancia superior.

b) Hablar con la persona que ejerció el acto de VO.

c) No hacer nada.

d) Otra, describa _____

9) Respecto de la situación legislativa actual de la VO en Chile, ¿qué es lo que usted sabe?

- a) Hay un proyecto en trámite en el Congreso
- b) Ya ha sido aprobada una ley
- c) No conozco ninguna Ley ni ningún proyecto de ley relacionado a la VO
- d) Prefiero no contestar

10) Independiente de si existe o no una ley que sancione la VO, ¿considera usted que es necesaria?

- a) Sí, es necesaria una ley que sancione en forma específica la violencia obstétrica
- b) No, porque con la ley 20.584 de derechos y deberes de los pacientes es suficiente para resguardar los derechos de las mujeres gestantes.
- c) No, porque no cree que sea necesario sancionar la “violencia obstétrica”

11) Usted diría que en su lugar de trabajo, las pacientes embarazadas o puérperas a veces son tratadas de forma diferente dependiendo de la edad, estado marital, número de hijos, educación u otros, comparadas con otras pacientes?

- a) Sí
- b) No
- c) Prefiero no contestar

12) En su lugar de trabajo, cómo se guarda la información clínica de los pacientes:

- a) Fichas de papel
- b) Ficha digital
- c) Sistema mixto
- d) No sé
- e) Otro, cuál? _____

13) Cuál es el número aproximado de pacientes embarazadas que se atienden en su lugar de trabajo anualmente?

- a) Hasta 100
- b) Entre 100 y 500
- c) Más de 500

ANEXO 2

FORMULARIO CONSENTIMIENTO

Para comenzar, necesitamos nos responda las siguientes preguntas. Si alguna de ellas es NO, le agradecemos su disposición, pero no cumple con los requisitos para participar.

Si cumple con ambos requisitos, se desplegará el Consentimiento Informado.

1)Ejerce usted alguna de las siguientes profesiones?

-Médico:

Ginecoobstetra

Pediatra

Anestesiólogo

Sin especialidad, pero relacionado al área obstétrica

-Matrón/a

-Enfermero/a

a) Sí

b) NO

2)Residente de la Región de Magallanes

a) Sí

b) NO

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO Y CONSENTIMIENTO

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no en una **encuesta en línea** que forma parte de una investigación llamada **“Grado de conocimiento y percepción de profesionales del área obstétrica de la región de Magallanes respecto de los derechos asociados a la atención obstétrica y ginecológica”**

El objetivo principal de la investigación es describir el grado de conocimiento y la percepción que tienen acerca de los derechos asociados a la atención obstétrica y ginecológica, los profesionales de salud relacionados a la atención obstétrica que se desempeñan en el área pública y privada de la región de Magallanes durante el año 2022

La investigadora responsable es la Dra. Vesna Loncharic Scepanovic. Esta investigación es parte del Trabajo de Grado de la Dra. Vesna Loncharic para obtener el título de Magister en Bioética, y cuenta con el respaldo de la Facultad de Medicina Clínica Alemana-UDD.

Procedimientos de la investigación: Su participación consiste en responder de manera individual un cuestionario en línea, actividad que implicará destinar aproximadamente unos 15 minutos. El cuestionario trata temas relativos a los derechos asociados a la atención obstétrica y ginecológica, sus percepciones y conocimientos acerca de un proyecto de ley (Ley Adriana), que regula esos derechos.

Beneficios: Usted no obtendrá beneficios personales por participar en esta investigación. Sin embargo, la información que usted nos entregue será de gran valor para conocer más sobre este tema, lo que podría ayudar en el futuro a educar e informar al personal de salud y la población general al respecto.

Riesgos: El riesgo del estudio está relacionado al manejo de información confidencial, opiniones y prácticas. Este riesgo se intenta llevar al mínimo posible, puesto que los datos serán recogidos de manera anónima. En el caso de que

alguna de las preguntas le produzca incomodidad, no dude en contactar al investigador responsable, quien le orientará hacia la o las personas que podrían aconsejarlo. Usted puede dejar de responder el cuestionario en cualquier momento.

Confidencialidad de la información: Es importante que usted sepa que su participación en la encuesta en línea será anónima y sus datos personales o lo que usted responda no serán conocidos por nadie; sus respuestas no quedan asociadas a su nombre. Toda la información que usted entregue será usada para propósitos exclusivamente académicos y conocida sólo por los miembros del equipo de investigadores. Los resultados obtenidos podrán ser publicados en revistas académicas o libros y podrían ser presentados en conferencias, sin embargo, la identidad de las personas que participan en el estudio no será revelada.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento de participación en el momento que así lo decida, sin mediar explicación y sin consecuencia para usted.

Preguntas: Si tiene preguntas acerca de esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable Dra. Vesna Loncharic, Teléfono 997008761; correo electrónico: vloncharics@udd.cl.

Si usted quiere consultar respecto de los derechos que le asisten como participante de este estudio, puede contactar al **Comité Ético Científico, Facultad de Medicina, Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo:** Presidente Dr. Marcial Osorio. Universidad del Desarrollo. Teléfono 22 3279157, Comité responsable de la aprobación y supervisión ética de esta investigación.

1. Cuando este estudio termine, ¿desea recibir un resumen ejecutivo de sus resultados y/o una copia de la eventual publicación que se realice?

No

Sí. Indique su dirección de correo electrónico:

2. ¿Acepta participar en este estudio bajo las condiciones previamente indicadas?

No

Sí.

Nota: si usted responde que sí, se desplegará el cuestionario y se entiende que ha consentido participar en la investigación.

