

REGISTRO OFICIAL[®]

ÓRGANO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

SUMARIO:

Págs.

FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDO:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA:

00025-2024 Apruébese y autorícese la publicación del Manual de Buenas Prácticas para la Prevención de la Violencia Gineco - Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud.....	2
---	---

FUNCIÓN DE TRANSPARENCIA Y CONTROL SOCIAL

RESOLUCIÓN:

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS:

SB-DTL-2024-0100 Califíquese como perito valuador a la ingeniera civil Verónica Lizbeth Pérez Freire	59
--	----

No. 00025-2024

EI MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que,** la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3 numeral 1, atribuye al Estado como uno de sus deberes primordiales, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en ella y en los instrumentos internacionales, en particular la salud de sus habitantes;
- Que,** la citada Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, dispone: *“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”*;
- Que,** la Norma Suprema en el artículo 35, prevé: *“Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad”*;
- Que,** corresponde al Estado garantizar a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los siguientes derechos: *“1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral. 2. La gratuidad de los servicios de salud materna. 3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto. 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.”*, según lo previsto en el artículo 43 de la invocada Constitución;
- Que,** la Carta Constitucional, en el artículo 86, establece las disposiciones que regirán las garantías jurisdiccionales, entre estas: *“4. Si la sentencia o resolución no se cumple por parte de servidoras o servidores públicos, la jueza o juez ordenará su destitución del cargo o empleo, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal a que haya lugar (...)”*;
- Que,** la Norma Ibídem, en el artículo 66 numeral 3, reconoce y garantiza a las personas: *“El derecho a la integridad personal, que incluye: (...) b) Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, en especial la ejercida contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y contra toda persona en situación de desventaja o vulnerabilidad; idénticas medidas se tomarán contra la violencia, la esclavitud y la explotación sexual”*;
- Que,** la Constitución de la República, en el artículo 361, ordena al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, responsable de formular

la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;

- Que,** la Carta Constitucional, en el artículo 365, dispone: *“Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.”*;
- Que,** el artículo 267 de la Norma Suprema establece: *“El sistema de seguridad social es público y universal, no podrá privatizarse y atenderá las necesidades contingentes de la población. La protección de las contingencias se hará efectiva a través del seguro universal obligatorio y de sus regímenes especiales. El sistema se guiará por los principios del sistema nacional de inclusión y equidad social y por los de obligatoriedad, suficiencia, integración, solidaridad y subsidiaridad.”*;
- Que,** todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de la Ley Orgánica de Salud, sus reglamentos y las normas establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional, conforme lo prevé el artículo 2 de la invocada ley;
- Que,** la citada Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, prescribe que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley; siendo obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia;
- Que,** es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: *“Establecer programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables”*, conforme lo previsto en el artículo 6 numeral 7, de la citada Ley Orgánica de Salud;
- Que,** la Ley Ibídem, en el artículo 31, prevé que el Estado reconoce a la violencia como problema de salud pública, siendo responsabilidad de la Autoridad Sanitaria Nacional, de los servicios de salud, organismos seccionales, otros organismos competentes y de la sociedad en su conjunto, contribuir a la disminución de todos los tipos de violencia, incluidos los de género, intrafamiliar, sexual y su impacto sobre la salud;
- Que,** la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres, en el artículo 10, establece como un tipo de violencia a la Violencia gineco-obstétrica, considerada como toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos. Se expresa a través del maltrato, de la imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas o la violación del secreto profesional, el abuso de medicalización, y la no establecida en protocolos, guías o normas; las acciones que consideren los procesos naturales de embarazo, parto y posparto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres en toda su diversidad y a lo largo de su vida, cuando esta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico;
- Que,** el Código Orgánico Administrativo en el artículo 130, prevé: *“Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo únicamente para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos en los que la ley prevea competencia para la máxima autoridad legislativa de una administración pública. La*

competencia regulatoria de las actuaciones de las personas debe estar expresamente atribuida en la ley.”;

Que, con Decreto Ejecutivo Nro. 15 de 23 de noviembre de 2023, el Presidente Constitucional de la República designó al doctor Franklin Encalada Calero, Ministro de Salud Pública;

Que, mediante Sentencia No. 904-12-JP/19, de 13 de diciembre de 2019, la Corte Constitucional del Ecuador declaró la violación del derecho a una atención prioritaria, el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social, señalando en su Decisión entre otros lo siguiente: “(...) 3. Esta Corte establece las siguientes medidas de reparación integral a favor de Jessika del Rosario Nole Ochoa: (...) e) Ordenar, como medida de no repetición, que en el plazo máximo de un año desde notificada esta sentencia, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social como obligado principal y el Ministerio de Salud Pública como cartera de Estado encargada de la gobernanza del Sistema Nacional de Salud elaboren conjuntamente una guía integral de atención a las mujeres embarazadas y de prevención de la violencia obstétrica que incluya disposiciones claras sobre: el derecho de las mujeres embarazadas y de las niñas y niños a recibir atención prioritaria, el contenido del derecho a la salud y del derecho a la seguridad social; la atención de pacientes en estado de emergencia como resultado de complicaciones en el parto y alumbramiento, la obligación de prestar la atención de salud y la protección a mujeres embarazadas y atención a la maternidad y su prohibición de condicionamiento por mora patronal; la explicación respecto al concepto y las conductas que configuran violencia obstétrica y un protocolo de atención antes, durante y luego del parto que cumpla con la normativa y estándares internacionales, la normativa nacional y con lo señalado en esta sentencia. La elaboración de esta guía deberá ser coordinada y contar con la colaboración de instituciones como: la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada, la Defensoría del Pueblo del Ecuador, el Consejo Nacional para la Igualdad de Género, así como también con colegios profesionales y organizaciones de la sociedad civil con conocimiento en la temática. El Ministerio de Salud Pública deberá velar por el conocimiento y cumplimiento de esta guía en el sector público y privado.”;

Que, mediante Auto de Verificación de Sentencia No. 904-12-JP/21 de la causa No.: 904-12-JP de 27 de enero de 2022, la Corte Constitucional señaló en su Decisión, entre otros aspectos: (...) 4.2. Al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y Ministerio de Salud Pública, presenten el informe semestral de cumplimiento de la elaboración de la guía integral de atención a las mujeres embarazadas y de prevención de la violencia obstétrica con al menos el siguiente contenido: “(...) ii. El documento final de la guía de atención que desarrollará por lo menos, los siguientes aspectos: a) el derecho a la seguridad social y su prohibición de condicionamiento por mora patronal vinculado a la protección de mujeres embarazadas; y b) el concepto y las conductas que configuran violencia obstétrica. (...)”;

Que, el Informe Técnico No. MSP-DNPS-2023-GISSSR-0105 de fecha 28 de diciembre de 2023, elaborado por la especialista Marivel Illapa de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, y aprobado por el especialista Darwin Geovanny Armijos Ríos, en calidad de Subsecretario de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad señala: “(...) el Ministerio de Salud Pública (...) en su rol de garante de los derechos en salud, ha desarrollado el “Manual de Buenas Prácticas para la Prevención de la Violencia Gineco – Obstetrica en los Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud”, que proporciona a profesionales y personal de la salud herramientas para brindar una atención gineco obstétrica oportuna, integral y de calidad, con la finalidad de prevenir prácticas o procedimientos nocivos e innecesarios que vulneren los derechos sexuales y derechos reproductivos a las personas que acceden a los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud mediante la aplicación de buenas prácticas en la

atención”; concluyendo entre otros aspectos: “(...) Como Autoridad Sanitaria Nacional, en su rol de garante de los derechos en salud, proporciona a profesionales y personal de la salud herramientas para brindar una atención gineco obstétrica oportuna, integral y de calidad, con la finalidad de prevenir prácticas o procedimientos nocivos e innecesarios que vulneren los derechos sexuales y derechos reproductivos a las personas que acceden a los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud mediante la aplicación de buenas prácticas en la atención.”; y recomendando: “(...)la emisión del documento el “Manual de Buenas Prácticas para la Prevención de la Violencia Gineco – Obstétrica en los Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud” a través de Acuerdo Ministerial, considerando que contribuye a asegurar los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas que residen en territorio ecuatoriano, y que acceden a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, previniendo prácticas o procedimientos nocivos e innecesarios que pueden realizarse durante la atención.”; y,

Que, con memorando Nro. MSP-VGS-2024-0004-M, de 02 de enero de 2024, el magíster Sara Beatriz Tama Tambaco en calidad de Viceministra de Gobernanza de la Salud, remitió a la Coordinación General de Asesoría Jurídica, el Informe Técnico No. MSP-DNPS-2023-GISSSR-0105, solicitando, dar continuidad al proceso de emisión y oficialización del “Manual de Buenas Prácticas para la Prevención de la Violencia Gineco-Obstétrica en los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud”.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR EL ARTÍCULO 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y EL ARTÍCULO 130 DEL CÓDIGO ORGÁNICO ADMINISTRATIVO

ACUERDA:

Artículo 1.- Aprobar y autorizar la publicación del “Manual de Buenas Prácticas para la Prevención de la Violencia Gineco – Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”.

Artículo 2.- Disponer que el “Manual de Buenas Prácticas para la Prevención de la Violencia Gineco – Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”, sea de aplicación obligatoria en el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 3.- Publicar el “Manual de Buenas Prácticas para la Prevención de la Violencia Gineco – Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”, en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA:

En el plazo de tres (3) meses, contados a partir de la publicación del presente Acuerdo Ministerial en el Registro Oficial, los subsistemas de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria, en el ámbito de sus competencias, emitirán lineamientos a sus establecimientos de salud, que permitan aplicar de manera eficiente, el “Manual de Buenas Prácticas para la Prevención de la Violencia Gineco–Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”.

DISPOSICIÓN FINAL:

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese, en el subsistema del Ministerio de Salud Pública, a la Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel a través de la Dirección Nacional de Atención Integral en

Salud; y, a la Subsecretaría de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados a través de la Dirección Nacional de Hospitales, o quien haga sus veces.

Para la articulación de la ejecución del presente Acuerdo Ministerial en el resto de subsistemas de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria, encárguese a la Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria, y a la Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e igualdad a través de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud o quien haga sus veces.

Dado en la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano a, **20 ENE. 2024**



firmado electrónicamente por:
FRANKLIN EDMUNDO
ENCALADA CALERO

Dr. Franklin Edmundo Encalada Calero
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA



Razón: Certifico que el presente documento es materialización del Acuerdo Ministerial Nro. 00025 - 2024, dictado y firmado por el señor Dr. Franklin Encalada Calero, **Ministro de Salud Pública**, el 20 de enero de 2024.

El Acuerdo en formato digital se custodia en el repositorio de la Dirección de Gestión Documental y Atención al Usuario al cual me remitiré en caso de ser necesario.

Lo certifico. -



Sr. Jackson Heriberto Zambrano Castillo

**DIRECTOR DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ATENCIÓN AL USUARIO
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

MANUAL

Buenas prácticas para la
prevención de la violencia
gineco-obstétrica en los
establecimientos de salud del
Sistema Nacional de Salud
2023



EL NUEVO
ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

Ministerio de Salud Pública. “Buenas prácticas para la prevención de la violencia gineco-obstétrica en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud”. Manual. Quito: Subsecretaría de Promoción, Salud Interculturalidad e Igualdad, Ministerio de Salud Pública - MSP, 2023.

- | | | |
|-------------------------|-------------|--------------|
| 1. Manual | 3. Embarazo | 5. Postparto |
| 2. Violencia Obstétrica | 4. Parto | 6. Promoción |

Ministerio de Salud Pública
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social
Av. Quitumbe Ñan y Amaru Ñan, Quito - 170146
Teléfono: (593 2) 381 4400

www.salud.gob.ec

Edición General:

Dirección Nacional de Promoción de la Salud
Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud

Cómo citar este documento:

Ministerio de Salud Pública. “*Buenas prácticas para la prevención de la violencia gineco – obstétrica en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud*”. Quito, Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Subsecretaría de Promoción, Salud Interculturalidad e Igualdad, Ministerio de Salud Pública - MSP, 2023. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Hecho en Ecuador

Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Dr. Franklin Encalada Calero, Ministro de Salud Pública

Mgs. Sara Beatriz Tama Tambaco, Viceministra de Gobernanza de la Salud

Esp. Jhonatan Guacho Bonilla, Viceministro de Atención Integral en Salud

Esp. Darwin Armijos Ríos, Subsecretaria de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad

Dr. José Garnica Vargas, Subsecretario de Rectoría del Sistema Nacional de Salud

Mgs. Joseph Guerra Villamarín, Subsecretario de Redes de Atención Integral en Primer Nivel, Encargado

Mgs. Wendy Gavica Vásquez, Subsecretaria de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados, Encargada.

Mgs. Carolina Puente, Directora Nacional de Promoción de la Salud

Mgs. Fernando Góngora, Director Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de la Salud, Encargado

Equipo de redacción y autores

Illapa Marivel, magister en Salud Sexual y Salud Reproductiva, Especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, MSP, Quito

Arias John, magister en Ciencias de la Sexología, consultor, Quito

Costales Patricia, doctora, Consultora, Quito

Barba Alejandra, abogada, Consultora, Quito

Equipo de revisión y validación

Saldaña Beltrán Gabriela, obstetriz, Especialista de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva 1, Dirección Nacional de Promoción de Salud, MSP, Quito.

Góngora Fernando, magister, Especialista de Normatización, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de la Salud, MSP, Quito.

Andrade Tatiana, psicóloga clínica, Analista, Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos, MSP, Quito.

Lisintuña Daniela, Obstetriz, Analista, Proyecto para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes. MSP, Quito.

Alvarado Sevilla Patricia Doraliza, Doctora, Analista, Dirección Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión, MSP, Quito.

Caicedo Beltrán Gabriela. Licenciada, Especialista de Nutrición, Seguridad y Soberanía Alimentaria 1, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, MSP, Quito.

Salinas Leonor, licenciada, Responsable Enfermería Centro Obstétrico – Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora, MSP, Quito.

Morales Carrasco María Fernanda, Doctora, Subdirectora de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Quito.

Coello Julia, Obstetriz, Líder del macro proceso de Docencia e Investigación. Distrito 17 D09, MSP, Yaruqui.

Inga Ana Cecilia, obstetriz, Especialista de Promoción de la Salud, Dirección Nacional de Salud Intercultural, MSP, Quito.

Puetate Carolina, obstetriz, analista, Agencia de Aseguramiento de Control de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS). Quito.

Villa Edison, magister, Coordinación Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Seguro de Salud. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito.

Espinosa Yolanda, analista Coordinación Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Seguro de Salud. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito.

Erazo Miguel Angel, magister, Médico General De Primer Nivel De Atención. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito.

Samaniego Amelia, magister, Coordinación Nacional de Promoción y Prevención en Salud. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito.

Delgado Mayra Marina, doctora, Coordinación Nacional de Centros de Primer Nivel de Atención. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito.

Rivera Flores Luis, doctor, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Vallejo Freddy, doctor, Departamento de Prestaciones de Servicios de Salud por Niveles – Hospital de la Policía Nacional. Quito.

Álvarez Marcia Elena, doctora, Oficial en Salud Sexual y Salud Reproductiva, Fondo de Población de Naciones Unidas– UNFPA. Quito.

Bucheli Ana Lucía, magister, Asistente de Programa, Organización Internacional para las Migraciones – OIM. Quito.

Miranda Octavio, Doctor, Comité de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (CODESER). Ambato.

León Wilfrido. Profesional en Ginecología y Obstetricia, Psicoprofilaxis del Parto. Quito.

Naduac Patricia – Centro mi Bebé. Quito.

Maldonado Tamia, Licenciada, Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos- Surkuna. Quito.

Ganchozo Lorena, obstetriz, Federación Nacional de Obstetrices y Obstetras del Ecuador (FENOE). Quito.

Silva María José, El Parto es Nuestro.

Tabla de Contenidos

Tabla de Contenidos	
Presentación	
1. Marco Legal	
2. Introducción	
3. Antecedentes y Justificación	
3.1 Violencia gineco-obstétrica en personas en situación de vulnerabilidad	
4. Objetivos	
5. Alcance	
6. Glosario de Términos	
7. Enfoques de buenas prácticas para la prevención de la Violencia Gineco-Obstétrica	
..... 18	
8. Formas de la Violencia Gineco-Obstétrica	
9. Expresiones y prácticas de Violencia Gineco-obstétrica	
10. Buenas prácticas para la prevención de la Violencia Ginecológica	
11. Buenas prácticas para la prevención de la violencia Gineco-obstétrica en el primer periodo del trabajo de parto.	
12. Buenas prácticas para la prevención de la Violencia Gineco-obstétrica en el Segundo Periodo de trabajo Parto	
13. Buenas prácticas para la prevención de la Violencia Gineco-obstétrica en el Tercer Periodo del Trabajo de Parto	
14. Buenas prácticas para la prevención de la Violencia Gineco-obstétrica en la atención del parto por cesárea:	
15. Buenas prácticas para la prevención de la Violencia Gineco-obstétrica en Casos Especiales.	
15.1. Buenas prácticas en caso de muerte perinatal o neonatal	
15.2. Buenas prácticas en la atención del posparto	
15.3. Buenas prácticas en la atención en casos de aborto	
16. Grupos de Atención Prioritaria y Prevención de la Violencia Gineco- Obstétrica ...	
17. Acciones de Prevención de la Violencia Gineco- Obstétrica	

Presentación

El Manual de prevención de la violencia gineco-obstétrica se enmarca en los avances a nivel internacional y nacional respecto de los derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos, derecho a la integridad personal entre otros relacionados. Además, se alinea a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el parto respetuoso y la normativa emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Los enfoques de derechos, igualdad de género, interseccional e intercultural son abordados de manera transversal, para una mejor comprensión de la complejidad de este tipo de violencia, de la importancia de su prevención y erradicación en la atención en los establecimientos de salud, superando así concepciones erróneas y prácticas socioculturales que conculcan derechos fundamentales como el derecho a la autonomía, la integridad, el respeto, igualdad y no discriminación, el acceso a la información para la toma de decisiones sobre la sexualidad, maternidad y procesos reproductivos.

En este sentido, a través del presente Manual, se establecen directrices y buenas prácticas basadas en evidencia científica para que el personal de salud brinde una atención integral, segura, respetuosa y de calidad durante la atención ginecológica y obstétrica a la usuarias y usuarios, en el marco de la garantía de los derechos.

Dr. Franklin Encalada Calero
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

1. Marco Legal

● Constitución de la República del Ecuador:

“Artículo: 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.” (1)

“Artículo: 34. - El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas. El Estado garantizará y hará efectivo el ejercicio pleno del derecho a la seguridad social, que incluye a las personas que realizan trabajo no remunerado en los hogares, actividades para el auto sustento en el campo, toda forma de trabajo autónomo y a quienes se encuentran en situación de desempleo.” (1)

“Artículo. 35. - Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.” (1)

“Artículo. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

- 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.*
- 2. La gratuidad de los servicios de salud materna.*
- 3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.*
- 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.” (1)*

“Artículo. 367.- El sistema de seguridad social es público y universal, no podrá privatizarse y atenderá las necesidades contingentes de la población. La protección de las contingencias se hará efectiva a través del seguro universal obligatorio y de sus regímenes especiales. El sistema se guiará por los principios del sistema nacional de inclusión y equidad social y por los de obligatoriedad, suficiencia, integración, solidaridad y subsidiaridad.” (1)

- **Ley de Derechos y Amparo del Paciente**

“Artículo.43.- Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.”(2)

- **Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres**

“Artículo 10.- literal (g) Violencia gineco-obstétrica.- Se considera a toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos. Se expresa a través del maltrato, de la imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas o la violación del secreto profesional, el abuso de medicalización, y la no establecida en protocolos, guías o normas; las acciones que consideren los procesos naturales de embarazo, parto y posparto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres en toda su diversidad y a lo largo de su vida, cuando esta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico.” (3)

- **Sentencia No. 904-12-JP (negativa de atención de embarazo y violencia obstétrica)**

La Corte Constitucional del Ecuador emite jurisprudencia basándose en un caso de vulneración del derecho a la atención prioritaria, el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social. La sentencia hace alusión a los artículos 34 y 367 “...la seguridad social es un derecho irrenunciable y que se regirá, entre otros, por los principios de universalidad, suficiencia y eficiencia.

- **La convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer**

“Artículo 12: 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.” (4)

- **Declaración Universal de Derechos Humanos**

“Artículo 25.- 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.” (5)

- **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará” 1994**

“Artículo 4: toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y que esos derechos comprenden, entre otros, el derecho a que se respete su vida, su integridad física, psíquica y moral, el derecho a no ser sometida a torturas, etc.” (6)

- **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC)**

“Recomendación General N° 14 “...es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexual, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información.” (7)

“Recomendación General N° 22, amplía sus consideraciones sobre el acceso a la salud sexual y reproductiva, sin discriminación ni violencia.”

- **Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (Informe sobre Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos/ Recomendaciones)**

- *“Asegurar que las y los profesionales de la salud informen a las mujeres sobre su salud para que éstas puedan adoptar decisiones libres, fundamentadas y responsables en materia de reproducción.*
- *Fortalecer la capacidad institucional para garantizar, con un financiamiento adecuado, el acceso a las mujeres a una atención profesional, tanto durante el embarazo, parto y periodo después del parto, incluyendo en especial servicios obstétricos de emergencia, especialmente para los grupos de mujeres en condiciones de exclusión, respetando las necesidades específicas y preferencias culturales de las mujeres.*
- *Crear mecanismos de referencia adecuados entre establecimientos de salud para atender las emergencias obstétricas.*
- *Garantizar la provisión de programas de nutrición previos al embarazo, durante el embarazo y en el periodo posterior al parto, que incluyan la orientación sobre cómo alimentar a los hijos adecuadamente.*
- *Eliminar las barreras que pueden limitar a las mujeres el acceso a los servicios de salud materna, como por ejemplo los costos por honorarios, la lejanía de los centros de salud y la falta de transporte público adecuado y asequible.*
- *Garantizar que los servicios de salud materna sean proporcionados mediante una atención respetuosa a las mujeres.” (8)*

- **Plataforma de Acción de Beijing**

“Los derechos reproductivos se basan en "...el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello". También incluye y concibe como un derecho la posibilidad de adoptar las decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. Se involucra el derecho del hombre y la mujer a obtener información y métodos para la regulación de la fecundidad, segura, eficaz, asequible y aceptable, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos. ” (9)

- **La Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes**

“Artículo 16: Los Estados se comprometen a prohibir otros actos que constituyan tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes y que no lleguen a ser torturas, cuando esos actos sean cometidos por un funcionario público u otra persona que actúe en el ejercicio de funciones oficiales, o por instigación o con el consentimiento o la aquiescencia de tal funcionario o persona.” (10)

2. Introducción

El Ministerio de Salud Pública para asegurar la salud como un derecho integral, cuya realización está ligada a otros derechos (1), y para mejorar la oferta en la atención integral en salud sexual y salud reproductiva, satisfacer la demanda de la población, así como garantizar el acceso a la información, y brindar un servicio de calidad, se plantea la implementación de buenas prácticas para la prevención de la violencia gineco - obstétrica como un proceso de carácter integral en beneficio de la población.

La violencia gineco - obstétrica (VGO) es una expresión de discriminación basada en género, que vulnera los derechos humanos, el derecho a la integridad personal y a los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, y profundiza situaciones de discriminación socio económica, étnica, cultural, privacidad, intimidad y dignidad, malos tratos crueles, inhumanos y degradantes. La violencia gineco - obstétrica se considera como uno de los tipos de violencia que se definen en la Ley Orgánica Integral para la Prevención y erradicación de la Violencia Contra la Mujer. (11)

Al respecto, el Ministerio de Salud Pública (MSP), en calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, con el fin de asegurar la salud como un derecho que incluye los derechos sexuales y derechos reproductivos ha expedido normativas encaminadas a la prevención y erradicación de la violencia gineco-obstétrica. En esta misma línea y con el fin de contribuir a una atención gineco-obstétrica oportuna, integral y de calidad, previniendo prácticas o procedimientos nocivos e innecesarios, se presenta el Manual de Buenas Prácticas para la Prevención de Violencia Gineco – Obstétrica.

3. Antecedentes y Justificación

A nivel mundial la magnitud de la violencia obstétrica y del grave impacto sobre la salud, la integridad y el bienestar de las mujeres y de las y los recién nacidos, constituye un problema de salud pública y decanta en situaciones que atentan contra los derechos humanos de las personas. Como se señala en la declaración de la Organización Mundial de la Salud emitida en el 2014, *“...es conocido que prácticamente en todo el mundo muchas mujeres han sufrido y sufren un trato irrespetuoso y hasta ofensivo y negligente durante el parto en los servicios de salud, trato que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención lo más respetuosa posible, sino que también amenaza sus derechos a la vida, a la salud, a la integridad física y a la no discriminación”*. (12)

Además, es una forma de violencia que ejercen las instituciones y el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresándose en al menos tres aspectos: un trato deshumanizado, el abuso de la medicalización y la patologización de procesos naturales como el embarazo, parto y el puerperio. (13) (14)

Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud (2018), en su informe emitido en febrero de 2018, menciona que de los 140 millones de partos que se producen anualmente y que no tienen complicaciones; se evidencia un aumento considerable de las prácticas innecesarias para iniciar, acelerar, finalizar, regular y monitorear el proceso fisiológico del parto. (12)

Una de las prácticas más frecuentes que constituye una expresión de violencia obstétrica, es el abuso de la cesárea, convirtiéndose en muchos casos en un procedimiento utilizado de manera rutinaria y sin la justificación clínica para su realización. (15)

En América Latina, la violencia basada en género y específicamente la violencia obstétrica, se manifiesta de diferentes maneras en la práctica clínica asistencial y son parte de varios procesos de rutina de la atención ginecológica y obstétrica, que se siguen implementando a pesar de que la evidencia científica ha demostrado que no son adecuados y que pueden generar riesgos para las usuarias. Por otro lado, son intervenciones que en muchos casos conducen a una pérdida de autonomía y de la capacidad de las mujeres para tomar decisiones libres sobre sus cuerpos, su sexualidad y capacidad reproductiva. (16–18)

En el Ecuador, esta problemática presente en diferentes establecimientos de salud, evidencia la implementación de prácticas, procedimientos y actitudes que constituyen

diferentes expresiones de violencia obstétrica, entre los que se puede mencionar la implementación de tactos vaginales frecuentes e innecesarios, un alto porcentaje de episiotomías realizadas, limitaciones para decidir la posición del parto, restricción del acompañamiento de la personas de elección de la mujer, e incluso se describe un 49% de mujeres que no tuvo la opción de tener a su bebe piel con piel. (17)

Adicional a esto, las usuarias desconocen sobre sus derechos, y el personal de salud no considera sus intervenciones como acciones y prácticas que configuran situaciones de violencia hacia las personas que atienden. (15–17)

La encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el año 2019 revela que el 48% de mujeres entrevistadas han experimentado un hecho de violencia gineco-obstétrica a lo largo de la vida, y que el 50% mujeres se sintieron ofendidas, incómodas o humilladas por algún comentario o pregunta del profesional que las atendió. El porcentaje es mayor en zonas rurales (55%). La encuesta señala que 70% de mujeres indígenas y el 60% de mujeres adultas mayores refieren haber sido maltratadas alguna vez en sus citas ginecológicas. (17)

Estudios sobre percepción a la violencia gineco-obstétrica, señalan que el personal de salud identifica lo que se considera violencia obstétrica, presentándose como procedimientos invasivos y violencia psicológica; sin reconocer el uso de determinadas prácticas que violentan los derechos de las personas usuarias.(19)

En Ecuador, la percepción de los profesionales de salud sobre violencia obstétrica, evidencia que conocen sobre la existencia de una normativa legal y técnica sobre violencia hacia la mujer que aborda también la violencia obstétrica, sin embargo no han profundizado sobre su significado y las implicaciones para las prestaciones de salud. Por otro lado, los profesionales expresaron que han sido testigos de situaciones en las que se ha ejercido violencia obstétrica.(20)

3.1 Violencia gineco-obstétrica en personas en situación de vulnerabilidad

Las personas con discapacidad y sobre todo las mujeres, tienen un menor acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva, desconocen sus derechos y son más susceptibles a situaciones de discriminación y maltrato, lo que conlleva a mayores índices de violencia, menor acceso a asesoría y métodos anticonceptivos, embarazos no intencionados, mayor riesgo de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). La percepción cultural de que no tienen o

no deben tener una vida sexual activa, actitudes que les inferiorizan, la naturalización de tratos degradantes, y la falta de información las hace más vulnerables. (21)

Las mujeres que ejercen el trabajo sexual están sujetas a diversas expresiones de violencia ginecológica como por ejemplo que la atención se centra en la prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH por el riesgo implícito como parte de su oficio, sin atender su salud integral. (21)

En la atención ginecológica por los prejuicios y estigmas respecto al trabajo sexual, se exponen a expresiones sexistas y de maltrato, además tienen menor acceso a servicios de salud preventiva como citologías y mamografías.(22)

Adicionalmente, estos grupos poblacionales tienen una mayor exposición a situaciones de violencia, particularmente, violencia sexual y en estos casos generalmente, se invisibiliza o se les culpabiliza por su actividad laboral.(21,22)

Por otro lado, para las mujeres en situación de movilidad humana, enfrentan graves problemas como la limitación para el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva. Existe evidencia que, en muchos casos, tanto en la atención ginecológica como en la atención del embarazo, parto y posparto están sujetas a formas de discriminación, xenofobia y trato displicente por su condición de migrantes. (23) Uno de los problemas más graves que enfrentan la población migrante particularmente mujeres, niñas, adolescentes y personas LGBTIQ+ es el riesgo a sufrir diferentes formas de violencia basada en género especialmente violencia sexual. En estos casos, también presentan menos posibilidades de atención de salud y de acceso a sistemas de protección legal.(23)

En contraste, la población LGBTIQ+ utiliza menos los servicios de salud, por temor a encontrarse con un escenario de estigmatización generalizada, prejuicios y desconocimiento sobre diversidades sexuales y actitudes homofóbicas por parte del personal de la salud. (24)

La salud sexual y salud reproductiva de mujeres con sexualidades diversas pueden ser afectadas por diferentes limitaciones para acudir a consultas ginecológicas y a pruebas diagnósticas preventivas. (25)

La Violencia Gineco-Obstétrica, se exagera en el caso de mujeres privadas de la libertad con expresiones que muchas veces reflejan tratos crueles e inhumanos. La condición de vulnerabilidad es precisamente la invisibilización de su situación y necesidades. (26) De acuerdo a una publicación de la Procuración Penitenciaria de la

Nación de Argentina, titulada: *“Parí como una condenada : experiencias de violencia obstétrica de mujeres privadas de la libertad”* de la provincia de Buenos Aires, se evidencia a través de las entrevistas realizadas a mujeres que tuvieron sus embarazos y partos en el contexto carcelario, las cuales en su mayoría estuvieron sujetas a las diversas expresiones de violencia obstétrica, física y psicológica, y que en el marco de implementación de medidas de seguridad se configuran como tratos crueles como el mantenerles esposadas o amarradas durante la labor de parto o en el parto, estar sujetas a impedimentos para recibir el acompañamiento de algún familiar o persona de confianza. (26)

Por su situación, el acceso a atención ginecológica integral también puede verse limitada.

Las adolescentes enfrentan con mayor frecuencia la probabilidad de ser víctimas de violencia ginecológica y obstétrica, dado que la misma se origina por un ejercicio asimétrico de poderes, y las condiciones de vulnerabilidad de las mujeres aumentan cuando son adolescentes, por lo tanto, cuando deciden ejercer su sexualidad, o a su vez cursan por embarazos, el trato violento se exagera, ya que las consideran irresponsables en el ejercicio de su sexualidad, sin importar si sus embarazos han sido planeados, no deseados o derivados de violencia sexual. (27)

Así mismo, la atención de las personas que viven con VIH, y particularmente de las mujeres gestantes, se ha centrado en intervenciones para prevención de la transmisión perinatal, el diagnóstico y la adherencia al tratamiento antirretroviral, relaciones sexuales seguras, que constituyen importantes avances; pero no se ha trabajado sobre las diferentes expresiones de discriminación, prejuicios, maltrato, culpabilización y criminalización de las gestantes que deciden ejercer su derecho a ser madres, en los servicios de salud y en las concepciones y prácticas del personal de salud.(28,29)

A pesar de los avances técnicos y las normas de atención, se ha evidenciado que no todos los países las implementan, por lo que ciertas formas de la Violencia Gineco-Obstétrica prevalecen, por ejemplo: el nulo consentimiento informado para prueba de VIH, coerción para esterilización permanente o esterilización forzada sin consentimiento de la mujer, aislamiento, prejuicios y miedo del personal, cesáreas forzadas, falta de medicamentos, y/o prácticas médicas fuera de los protocolos. (9)

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Proporcionar a profesionales y personal de la salud herramientas para brindar una atención gineco obstétrica oportuna, integral y de calidad, con la finalidad de prevenir prácticas o procedimientos nocivos e innecesarios que vulneren los derechos sexuales y derechos reproductivos a las personas que acceden a los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud mediante la aplicación de buenas prácticas en la atención.

4.2 Objetivos específicos

- Reconocer las diferentes expresiones de violencia gineco-obstétrica y sus determinantes en los establecimientos de salud.
- Brindar buenas prácticas para la prevención de la violencia gineco-obstétrica.
- Establecer indicadores de monitoreo para la prevención de la violencia gineco-obstétrica en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

5. Alcance

El presente Manual es de aplicación obligatoria para los profesionales y personal de salud que brindan atención en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, en todos sus niveles de atención.

6. Glosario de Términos

Discriminación contra las mujeres: denota toda distinción, exclusión o restricción basada en su condición de tal, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento de las mujeres, atentar contra los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, o en cualquier otra. (30)

Medicalización. - es el proceso social que convierte condiciones que se consideran normales en cuadros patológicos y se deben resolver mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales (31)

Re victimización: son nuevas agresiones, intencionadas o no, que sufre la persona sobreviviente de violencia basada en género durante las diversas fases de atención y

protección, así como durante el proceso judicial o extrajudicial, tales como: retardo injustificado en los procesos, desprotección, negación y/o falta injustificada de atención efectiva, entre otras respuestas tardías, inadecuadas o inexistentes, por parte de instituciones estatales competentes. (30)

Violencia física: todo acto u omisión que produzca o pudiera producir daño o sufrimiento físico, dolor o muerte, así como cualquier otra forma de maltrato o agresión, castigos corporales, que afecte la integridad física, provocando o no lesiones, ya sean internas, externas o ambas, esto como resultado del uso de la fuerza o de cualquier objeto que se utilice con la intencionalidad de causar daño y de sus consecuencias, sin consideración del tiempo que se requiera para su recuperación. (30)

Violencia de género contra las mujeres: cualquier acción o conducta basada en su género que cause o no muerte, daño y/o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial, gineco-obstétrico a las mujeres, tanto en el ámbito público como privado.(29)

Violencia gineco-obstétrica: se considera a toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos. Se expresa a través del maltrato, de la imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas o la violación del secreto profesional, el abuso de medicalización, y la no establecida en protocolos, guías o normas; las acciones que consideren los procesos naturales de embarazo, parto y posparto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres en toda su diversidad y a lo largo de su vida, cuando esta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico. (30)

Violencia psicológica: cualquier acción, omisión o patrón de conducta dirigido a causar daño emocional, disminuir la autoestima, afectar la honra, provocar descrédito, menospreciar la dignidad personal, perturbar, degradar la identidad cultural, expresiones de identidad juvenil o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una mujer, mediante la humillación, intimidación, encierros, aislamiento, tratamientos forzados o cualquier otro acto que afecte su estabilidad psicológica y emocional. (30)

Violencia sexual: toda acción que implique la vulneración o restricción del derecho a la integridad sexual y a decidir voluntariamente sobre su vida sexual y reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza e intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares y de parentesco, exista o no

convivencia, la transmisión intencional de infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la prostitución forzada, la trata con fines de explotación sexual, el abuso o acoso sexual, la esterilización forzada y otras prácticas análogas.(30)

Trato deshumanizado: La deshumanización es la privación de las cualidades que distinguen a las personas como seres humanos, que al empezar a ser comparados con objetos o animales puede ser considerados como incapaces de sentir algo más que dolor y por ello cuando el concepto se asume en el ejercicio de la medicina puede entenderse como la consecuencia de un modelo racional cientificista que se aleja de la sensibilidad humana. (32)

7. Enfoques de buenas prácticas para la prevención de la Violencia Gineco-Obstétrica

7.1 Enfoque conceptual

En las últimas décadas surge en América Latina el concepto de “violencia obstétrica” como una de las expresiones de violencia basada en género y una violación a los derechos humanos fundamentales y como parte de ellos a los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres. La necesidad de visibilizar este tipo de violencia por su frecuencia e impacto en la vida de las personas y en la prestación de servicios de salud, ha incidido en el impulso de reflexiones teóricas sobre sus determinantes, las diversas expresiones y consecuencias de este tipo de violencia, así como la implementación de investigaciones que permitan evidenciar la magnitud de esta problemática con el objetivo de plantear estrategias institucionales para su prevención y erradicación. (33,34)

Comprender la complejidad y la multidimensionalidad de la violencia gineco-obstétrica implica el abordaje desde enfoques conceptuales complementarios. (35,36)

7.2 Enfoque en derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos

Desde el enfoque de derechos humanos, la violencia gineco-obstétrica atenta contra derechos humanos fundamentales como la integridad, la seguridad, la autonomía, la dignidad, el derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes, a la libertad, el derecho a la igualdad y no discriminación, a la vida y la salud. Siendo los derechos sexuales y derechos reproductivos parte inalienable e indivisible de los derechos humanos, la violencia gineco-obstétrica constituye una violación a esos derechos.(30,37,38)

7.3 Enfoque de género

Las concepciones y prácticas inequitativas de género inciden en la organización de los servicios de ginecología y obstetricia, en la formación del personal de salud, en las políticas y normativas de atención, en la cultura tanto del personal de salud como de la población y por lo tanto de las mujeres. (38)

El no considerar el enfoque de género y las diferentes expresiones de discriminación puede contribuir a reproducir y/o fortalecer concepciones y prácticas inequitativas, que refuerzan las condiciones de subordinación de las mujeres. Por otro lado, es importante el potencial transformador que tienen profesionales y personal de salud vinculados a la atención gineco-obstétrica para prevenir y eliminar estas situaciones. (39)

El análisis de los estereotipos de género y las relaciones inequitativas de poder en la atención gineco-obstétrica es crucial para identificar y superar las diferentes expresiones de violencia gineco-obstétrica que en los servicios de salud, para el personal y para las propias mujeres están naturalizadas (15,35,39,40)

7.4 Enfoque interseccional

El enfoque interseccional contribuye también a la comprensión y análisis de los determinantes de la violencia gineco-obstétrica, ya que permite evidenciar la articulación de diversas formas de desigualdad e inequidad basadas en el género, edad, pertenencia étnica, condición migratoria o discapacidad, que ponen en situación de mayor vulnerabilidad a ciertos grupos de mujeres. (38)

7.5 Enfoque intercultural

Este enfoque implica incluir en las prácticas de atención de salud la aprobación, respeto, valoración y aprendizaje de la diversidad cultural de los pueblos y nacionalidades y otros grupos poblacionales diversos. Es importante ampliar la visión de las diferentes formas de vivir de cada sector poblacional según su edad, etnia, género, religión, orientación sexual, ideología, posición política, nacionalidad; lo cual implica un diálogo intercultural, cuyo fundamento es el reconocimiento del otro sin barreras, ni jerarquías sociales (36)

7.6 Enfoque generacional

El enfoque generacional reconoce que las condiciones y necesidades de la población, particularmente en el ámbito de la salud sexual y salud reproductiva tienen especificidad de acuerdo con el momento del ciclo vital.(4)

8. Formas de la Violencia Gineco-Obstétrica

La violencia gineco-obstétrica por su frecuencia e impacto en la vida y salud de las personas, es considerada como un problema de salud pública cuya prevención es una prioridad de las políticas públicas de salud. El impacto en las condiciones de salud de las mujeres que han estado sujetas a violencia gineco-obstétrica, como problemas en el ejercicio de su sexualidad, incontinencia, problemas de salud mental, mortalidad materna, infertilidad y dificultades para la lactancia, entre otras. (41)

La OMS define la Violencia Obstétrica como *“toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, que afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”*. (12)

La violencia ginecológica, es también una forma de violencia de género que afecta la salud y el bienestar de las mujeres y puede presentarse en cualquier etapa de su vida.

En el Ecuador, la Ley Orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres define a la Violencia Gineco-obstétrica como: *“...toda acción u omisión que impide el derecho de las mujeres a la salud, que se exprese en maltrato, imposición de prácticas culturales no consentidas o violación del secreto profesional, abuso de medicalización o acciones que consideren a los procesos naturales de embarazo, parto y postparto como patología, pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres a lo largo de su vida, independientemente de su orientación sexual e identidad de género. Las mujeres no embarazadas pueden sufrir violencia durante su atención ginecológica u obstétrica cuando ésta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico”* (30)

La violencia gineco – obstétrica, debe invitar al personal de salud a reflexionar sobre el significado de la atención integral, que contempla la calidad, respeto, oportunidad, seguridad de la atención clínica como una acción que garantice los derechos de las personas usuarias y así superar esas prácticas que son parte de la organización y

rutinas de atención de los servicios de salud que pueden configurarse como violencia gineco-obstétrica.

9. Expresiones y prácticas de Violencia Gineco-obstétrica

Las expresiones y prácticas de violencia gineco-obstétrica identificadas durante la atención, se detallan en la tabla Nro. 1:

Tabla Nro. 1: Expresiones y prácticas de violencia gineco-obstétrica	
TIPO	Expresiones / prácticas
Violencia verbal	Frases groseras, sexistas, con falta de respeto, gritos, vejatoria, coercitiva, discriminatoria, xenófoba, moralistas; comentarios críticos, irónicos y negativos; inferiorización, humillación; juzgar su condición y sexualidad; culpabilizar de la salud de hijo/hija; coacción a través del asesoramiento sesgado.
Violencia física	No preguntar antes de tocar a la mujer embarazada; realización de procedimientos invasivos como tactos vaginales repetitivos y agresivos, sin consentimiento; irrespeto de la privacidad e intimidad; uso rutinario de episiotomía; realización de esterilizaciones, cesáreas innecesarias, ; no proporcionar métodos y estrategias para el alivio del dolor (sea antes, durante y después del parto); realización de procedimientos sin la analgesia adecuada (retiro manual de la placenta, sutura, cesárea); pujos dirigidos, golpes y contención física de piernas y brazos durante el parto normal o cesárea; maniobra de Kristeller; realización de enemas; ruptura artificial o despegamiento de membranas (Maniobra de Hamilton); rasurado perineal; manipulación de genitales; tacto rectal sin consentimiento de la mujer. (42)
Violencia psicológica	Amenazas, gritos, discurso autoritario y hostil; intimidaciones, chantajes por parte del equipo de salud; atribución de culpa a la mujer; situaciones como: problemas de infertilidad, embarazo adolescente, agresión sexual, sufrimiento fetal, muerte perinatal o neonatal o estado fetal incierto, dificultad de realizar pujos en el período expulsivo, atribución de incapacidad a la mujer durante el parto, no permitir el acompañamiento que la mujer decida, falta de información.
Violencia sexual	Realización de tacto vaginal sin guantes, manipulación de genitales de forma grosera y sin respeto a la mujer, toque en cualquier parte del cuerpo.

Discriminación social	Falta de respeto, estigma, prejuicio o tratamiento diferencial a la mujer frente a su pertenencia étnica, edad, condición migratoria, nacionalidad, condición social, económica, conyugal, orientación sexual, identificación de género, religión, educación, condición de discapacidad.
Negligencia en la asistencia	Asistencia indiferente, abandono; negar cuidados a las mujeres consideradas “quejosas”, “escandalosas”, “descompensadas”, “poco colaborativas”, “cuestionadoras”; postergar la asistencia a mujeres en situación de aborto; ignorar el plan de parto, requerimientos, preguntas y súplicas; emitir amenazas respecto a la seguridad del bebé; ignorar a la paciente emitiendo comentarios degradantes con otro personal de salud.
Uso inadecuado de procedimientos y tecnologías	Procedimientos iatrogénicos; uso de oxitocina sin indicación clínica; inmovilidad en la cama durante el trabajo de parto; obligar a la posición de litotomía; realización rutinaria de amniotomía; ayuno prolongado sin indicación; manejo inadecuado del dolor sin justificativo; no realización de contacto piel a piel y clampo oportuno del cordón umbilical; interferir con la lactancia materna en la primera hora de vida, evaluando previamente la condición del embarazo de cada mujer, realización de procesos forzados y sin preguntar
El estado del sistema de salud	No atender a la mujer en proceso de parto; no realizar referencias, demorar las referencias y/o derivaciones en caso de emergencia obstétrica; omisión de atención por causa de problemas burocráticos o administrativos como falta de documentación; falta de insumos y medicamentos en los establecimientos de salud público; incumplimiento de normas y guías de buenas prácticas en salud por parte de profesionales de salud; personal de salud sin los implementos de atención necesarios (equipo de bioseguridad); falta de control a prestadores públicos y privados de salud.

Fuente: Barbosa et al. 2018 (43)

Elaboración: Adaptado por la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, MSP

10. Buenas prácticas para la prevención de la Violencia Ginecológica

La consulta ginecológica tiene requerimientos particulares que se orientan a garantizar los derechos a la intimidad, confidencialidad, privacidad, calidad, consentimiento informado. Por lo que, es importante considerar las siguientes directrices para prevenir la violencia ginecológica:

- Asegurar el acceso, igualdad, eficiencia, seguridad, efectividad, equidad en los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

- b) Realizar la atención con amabilidad y respeto, sin discriminación, teniendo en cuenta las necesidades de la persona atendida, la particularidad de esta consulta y la necesidad de escucha y diálogo.
- c) Los establecimientos de salud deben garantizar espacio o consultorios que permitan comodidad, privacidad y una temperatura adecuada.
- d) Los establecimientos de salud deben contar con baño o sitio privado en el que la usuaria pueda cambiar y colocar su ropa.
- e) Proporcionar las batas o lencería adecuada que permita mantener el pudor. Nunca se debe dejar a la usuaria sin ropa. La usuaria puede mantener su ropa siempre y cuando esta esté visiblemente limpia.
- f) Brindar información completa, comprensible sobre cada procedimiento e intervención, sobre los pasos a seguir, los beneficios, los riesgos de tal manera que pueda tomar una decisión informada sobre su aceptación verbal o negación de la intervención. Esto se debe realizar previo a cada procedimiento como: palpación de las mamas, tacto vaginal, citología cervical, colposcopia, conizaciones, toma de muestras de canal vaginal y anal, entre otros y el consentimiento por escrito en casos de intervenciones quirúrgicas o procedimientos complejos de acuerdo con la normativa de consentimiento informado del Ministerio de Salud Pública.
- g) Se debe interrumpir el examen si la persona atendida expresa su negativa a continuar. Si este es el caso, se recomienda, sin ejercer ningún tipo de presión e informar sobre la posibilidad de una nueva cita si el examen es imprescindible explicándole la necesidad del mismo para un buen diagnóstico y tratamiento. Es importante describir en la historia clínica única.
- h) Escuchar atentamente lo que la usuaria explica o relata sobre el motivo de consulta. Resolver dudas sin emitir ningún tipo de comentario y/o gesto facial o corporal negativo o juicios de valor.
- i) Respetar la decisión y autorización de la persona sobre la presencia o no de otro personal de salud o estudiantes en formación que no están implicados directamente en la atención. Se requerirá consentimiento informado previo en el caso de acceder a dicha presencia de otro personal de salud.
- j) Durante la atención permitir la presencia de un familiar o de una persona de confianza que la persona usuaria decida.
- k) Comunicar de manera asertiva y clara, usando palabras sencillas el diagnóstico, incluso en casos complicados o severos. En ninguna circunstancia ocultar el diagnóstico, los riesgos, el tratamiento.
- l) En casos en que se requiera la atención de otras especialidades o un servicio de mayor complejidad, explicar con claridad y de manera exhaustiva las razones porque se realiza la referencia o derivación.
- m) Garantizar la confidencialidad de la historia clínica y diagnóstico clínico.

- n) Respetar la decisión de la usuaria sobre una segunda opinión del diagnóstico, tratamiento, o en cualquier momento del proceso de atención.
- o) En los casos que se identifique violencia basada en género – violencia sexual proceder de acuerdo con la Norma Técnica de Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos.
- p) Informar a la usuaria sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos.
- q) No realizar procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que provoquen daños en la fertilidad de la paciente/usuario.

11. Buenas prácticas para la prevención de la violencia Gineco-obstétrica en el primer periodo del trabajo de parto.

La atención durante el primer periodo del trabajo de parto, tiene requerimientos particulares que se orientan a asegurar los derechos a la intimidad, confidencialidad, privacidad, calidad y consentimiento informado; por lo que, es importante considerar las siguientes directrices para prevenir la violencia gineco-obstétrica durante este periodo:

- a) Se desaconseja el uso de enemas durante el trabajo de parto. Acorde a lo indicado en la Guía de Práctica Clínica de atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato, del Ministerio de Salud Pública 2015, la utilización de enemas no reduce las tasas de infección materna o neonatal, ni las dehiscencias de la episiotomía, tampoco mejora la satisfacción materna. Su uso tiene poca probabilidad de proporcionar beneficios maternos o neonatales. (44,45)
- b) Se desaconseja el uso del rasurado perineal sistemático. Acorde a lo indicado en la Guía de Práctica Clínica de atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato, del Ministerio de Salud Pública (2015), no existen pruebas suficientes sobre la efectividad del rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos en los resultados neonatales. (45)
- c) Para mejorar el confort y la satisfacción materna durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos claros (agua natural, zumos de frutas sin pulpa, café y té sin leche) o bebidas isotónicas durante el parto. La ingesta de líquidos claros durante el trabajo de parto no influye negativamente sobre su evolución, el tipo, la duración y el empleo de la oxitocina, ni sobre los resultados del recién nacido. (45)
- d) Ofrecer una dieta ligera y fluidos orales durante el parto normal sin complicaciones, por prescripción médica, ayuda a la mujer, considerando que durante el trabajo de parto se gasta mucha energía. (14)

12. Buenas prácticas para la prevención de la Violencia Gineco-obstétrica en el Segundo Periodo de trabajo Parto

- a) El incentivar a las mujeres a que adopten la posición que les resulte más cómoda, considerando que la libre posición disminuye el dolor. (46)
 - b) Promover la libertad de movimiento (deambular, sentarse y acostarse), puesto que está ligada a menor uso de anestesia.(47,48)
 - c) Permitir la libre posición, que es la adopción cómoda para la embarazada durante el trabajo de parto, reporta una reducción de la tasa de nacimientos por cesárea, reducción de episiotomías y en el dolor en el segundo estadio del parto. (44)
 - d) Los profesionales de la salud deben explicar los riesgos y ventajas de la amniotomía, considerando que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud no está justificada la ruptura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina. (14)
 - e) Las exploraciones vaginales (tactos vaginales) se realizarán de manera necesaria cada cuatro horas, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato de 2015, del Ministerio de Salud Pública. (44)
- Al respecto se debe tener en cuenta las consideraciones descritas a continuación:

- ❖ Confirmar qué acciones son realmente necesarias y que la información que proporcione será relevante en la toma de decisiones.
 - ❖ Considerar que el exámen vaginal es una exploración molesta e invasiva, asociada a un incremento del riesgo de infección.
 - ❖ Garantizar la privacidad, dignidad y comodidad de la mujer.
 - ❖ Explicar de manera clara y sencilla la razón por la que se practica y comunicar los hallazgos encontrados, con calidez, sobre todo si no son los esperados por la mujer.(49)
 - ❖ No manipulación de la vulva en la fase del expulsivo.(45)
- f) El pujo debe ser espontáneo de forma fisiológica e instintiva. El pujo dirigido puede causar una disminución en la capacidad vesical que causa urgencia urinaria, como se indica la Guía de Práctica Clínica de atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato de 2015, del Ministerio de Salud Pública. (45)
 - g) Se desaconseja el uso amniotomía/amniorrexia artificial, ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma normal, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados, como se indica en la Guía de Práctica Clínica de atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato de 2015, del Ministerio de Salud Pública. (45)
 - h) Priorizar los métodos no farmacológicos para manejo del dolor, por sobre los tratamientos farmacológicos. Existen técnicas de relajación, como calor local,

masajes, aromaterapia, musicoterapia, visualización, ejercicios o gimnasia obstétrica que pueden ser realizados con apoyo de la pareja y/o acompañante, siempre y cuando no interfieran con los procedimientos médicos. (50,51)

- i) Se desaconseja el uso de la episiotomía. Existe alta evidencia de que la utilización rutinaria de la episiotomía, no mejora los resultados perineales a corto y largo plazo en las mujeres. (50,52)
- j) Orientar a la gestante a realizar masaje perineal prenatal y entrenamiento prenatal de los músculos del suelo pélvico para evitar desgarros. (44)
- k) Se desaconseja la realización de la maniobra de Kristeller. No se identifican beneficios comprobados en la duración del trabajo de parto, por lo que su uso es considerado violencia obstétrica(53,54)

13. Buenas prácticas para la prevención de la Violencia Gineco-obstétrica en el Tercer Periodo del Trabajo de Parto

- a) Realizar el manejo activo de la tercera etapa del parto, es una estrategia para disminuir la mortalidad materna.(44)
- b) Informar a la pareja y/o acompañante respecto el estado general de la mujer y realizar seguimiento de rutina con el fin de prevenir complicaciones maternas.
- c) Ofertar la entrega de la placenta, sí la usuaria o familiar lo solicita, independientemente de la creencia o contexto cultural se debe respetar esta decisión. (37)
- d) Realizar la identificación del recién nacido de manera oportuna y prioritaria, la manilla debe colocarse y verificarse en presencia de la madre o familiar.(45)
- e) El pinzamiento oportuno del cordón umbilical en neonatos a término, al menos dos minutos después del parto, no incrementa el riesgo de hemorragia posparto y mejoran los niveles de hierro en neonatos, como lo indica la Guía de Práctica Clínica de atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato de 2015, del Ministerio de Salud Pública. (45)
- f) Asegurar el apego piel con piel entre el recién nacido inmediatamente después del nacimiento con su madre, esto permite mantener la temperatura, disminuir el llanto del niño, y aumentar el tiempo de lactancia materna. (44) La temperatura de la madre evita el enfriamiento del bebé, por lo que la sala de parto debe tener una temperatura adecuada entre 24 a 26 grados centígrados. (42,45)
- g) Respetar la decisión de la embarazada en caso de no querer apego y brindar apoyo psicológico en casos de violación, depresión postparto o a solicitud de la madre. (4,55,56)
- h) Asegurar el alojamiento conjunto del recién nacido y su madre, (42,44) considerando que el mismo propicia un ambiente tranquilo y en intimidad para

establecer los lazos afectivos y el apego necesario con la madre, siempre que no exista contraindicación clínica. (45)

- i) Fomentar y asegurar el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida o tan pronto como les sea posible en casos que estén clínicamente justificados.(45)
- j) La iniciación de la lactancia materna debe fomentarse desde el momento del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora.(44)
- k) La decisión de amamantar o no, corresponde de forma exclusiva a la madre, a menos que existan contraindicaciones médicas.
- l) Asesorar sobre técnicas de amamantamiento, la postura de la madre y el bebé, los signos de agarre adecuado y de transferencia eficaz de la leche. (42,57)
- m) En casos que se requieran maniobras de reanimación al neonato se debe comunicar a la madre que no se realizará apego precoz y se debe dar información inmediata del estado del recién nacido, lo mismo aplica en casos de que no se pueda establecer alojamiento conjunto por causas médicas del recién nacido.

14. Buenas prácticas para la prevención de la Violencia Gineco-obstétrica en la atención del parto por cesárea:

- a) Considerar que la cesárea, se realiza en casos justificados clínicamente para resguardar la integridad y la vida de la embarazada y/o del recién nacido.(58)
- b) Brindar información clara, basada en evidencia científica sobre las indicaciones para la cesárea, los riesgos, beneficios y alternativas de la cesárea en comparación con el parto vaginal teniendo en cuenta las circunstancias específicas de la embarazada, sus preocupaciones, prioridades, planes futuros de embarazos.
- c) Las opiniones y preocupaciones de la embarazada deben ser reconocidas como parte integral de la atención y responder cualquier duda o pregunta de la mujer respecto al procedimiento.
- d) Solicitar el consentimiento informado a la embarazada. Por ningún motivo se retrasará la atención de emergencia por no obtener el consentimiento informado.
- e) Se debe dar información a la embarazada sobre la cesárea en la cita de atención prenatal en el tercer trimestre de embarazo, en la que se confirma el plan de parto:
 - Las indicaciones clínicas para la cesárea
 - Características de los procedimientos
 - Riesgos y beneficios
 - Implicaciones para futuros embarazos y natalidad
 - Registrar en la HCL los factores que incidieron para la decisión de la cesárea.

- f) Realizar asesoría en métodos anticonceptivos post evento obstétrico al momento del alta.
- g) Si una mujer solicita una cesárea cuando no hay ninguna otra indicación médica para la misma, se recomienda discutir los riesgos y beneficios globales de la cesárea en comparación con el parto y registrar que esta discusión ha tenido lugar. Si es necesario incluya una discusión con otros miembros del equipo obstétrico y sus familiares o acompañantes, para explorar las razones de la solicitud y garantizar que la mujer tiene la información precisa. (58)
- h) Cuando una mujer solicita una cesárea porque tiene ansiedad por el parto, se recomienda ofrecer la asistencia de un profesional de la salud mental con experiencia en apoyo perinatal para ayudarla a controlar su ansiedad durante el embarazo y el parto y/o informar a la mujer sobre grupos de apoyo locales cuyas temáticas sean afines al embarazo parto, postparto y lactancia, cuya decisión final será precautelando la salud del binomio madre e hijo. (58)

15. Buenas prácticas para la prevención de la Violencia Gineco-obstétrica en Casos Especiales.

- a) Todas las intervenciones que se realicen al recién nacido deben ser debidamente informadas a la madre.
- b) En los casos que se requiera atención especializada en cuidados neonatales, deberán aplicarse protocolos que prioricen la lactancia materna exclusiva y la técnica madre canguro durante la atención y los cuidados neonatales.(59)
- c) El establecimiento de salud debe mostrar flexibilidad respecto a los horarios de estancia de la persona acompañante.(59)
- d) El personal de salud a cargo debe informar a la madre el estado de su bebé periódicamente, describiendo su peso, talla, estado de salud, rutinas de alimentación del bebé. Esta tarea facilita el vínculo y previene crisis depresivas. (60)
- e) En los casos en que la mujer reciba el alta y su hijo/a debe permanecer en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y tiene dificultades para su permanencia en la ciudad del establecimiento de salud, limitaciones por situación familiar y laboral, debe ser direccionada a trabajo social de la institución para generar estrategias de alojamiento y subsistencia. Considerar las condiciones específicas de cada mujer para su permanencia en el establecimiento de salud.
- f) Fomentar y proteger la lactancia materna con acciones específicas extracciones de leche materna, considerando
- g) En el caso de madres que deben permanecer hospitalizadas es importante que reciban atención y apoyo de psicología y trabajo social.

15.1. Buenas prácticas en caso de muerte perinatal o neonatal

Las actitudes y conductas del personal de salud pueden tener consecuencias negativas en el proceso de duelo, tras la muerte perinatal o neonatal, lo que se considera también una expresión de violencia obstétrica, para prevenir esta situación se recomienda:

- a) Respetar la decisión de la madre, padre y/o familiar respecto de si quieren o no ver y vestir a su hijo/a fallecido.(61)
- b) Respetar la decisión de la madre, padre y/o familiar en caso de requerir la realización de necropsia.
- c) Dar información correcta, clara y precisa respecto a la necropsia, sin ejercer presión sobre la decisión de los padres de realizarla.
- d) Ofertar una atención primaria de primeros auxilios psicológicos. (61,62)
- e) Escuchar y tratar la situación en un ambiente de comprensión. (61)
- f) En caso de recién nacidos con cuadros graves, malformaciones o síntomas prácticamente incompatibles con la vida, los profesionales de salud deben seguir los protocolos de comunicación a la familia y brindar acompañamiento psicológico. (62)
- g) Ofrecer a la madre la posibilidad de inhibir la lactancia con fármacos o de forma fisiológica y natural.
- h) Respetar las expresiones religiosas y culturales de la madre, padre y demás familiares.(62)
- i) Se aconseja que las mujeres que requieren hospitalización estén en un lugar diferente al de las mujeres puérperas o parturientas a término con el objetivo de evitar violencia, discriminación y afectaciones a la salud mental de las mismas.

15.2. Buenas prácticas en la atención del posparto

- a) Asegurar que el primer control del post parto y del recién nacido se realice en la primera semana tras el alta de acuerdo a la normativa.(45)
- b) Resolver inquietudes y brindar asesoría a la mujer en temas de lactancia materna. Es importante no culpabilizar a la mujer que tiene conflictos en iniciar la lactancia materna o que decidió no iniciar lactancia materna.
- c) Indicar a la mujer los beneficios de la alimentación a libre demanda, sin embargo, las recomendaciones respecto a la alimentación del bebé deberán ajustarse a la dinámica social y económica de la familia. (57,63,64)
- d) Aclarar inquietudes referentes al cuidado del recién nacido/a (sueño, alimentación, baño y cuidados básicos). (57)
- e) Referir a la madre a grupos de apoyo de lactancia materna.(63)
- f) Aclarar inquietudes referentes a los procesos fisiológicos en el puerperio (ejercicio post parto, cuidados en la dieta materna, dolor de mamas, entuertos, constipación, dolor , depresión).(57)

- g) No realizar comentarios o sugerencias ofensivas a los cambios en el cuerpo de la mujer como la ganancia de peso o aún peor, sugerir a la mujer en puerperio dietas restrictivas.
- h) Brindar asesoría y acceso a anticoncepción, respetar la decisión de la mujer sobre el método anticonceptivo que elija.
- i) De identificarse riesgos de violencia de género y/o violencia intrafamiliar implementar los procedimientos establecidos en la Norma técnica de Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos o la normativa que haga sus veces vigente (56)
- j) Identificar de manera oportuna los casos de depresión posparto, para el acompañamiento del profesional de salud mental.(57,63)
- k) Enseñar el proceso de recolección para banco de leche a las madres que deben reintegrarse a su trabajo.

15.3. Buenas prácticas en la atención en casos de aborto

El aborto en condiciones de riesgo es un problema de salud pública por su frecuencia e impacto en la salud y vida de las mujeres (65). Cuando ocurre un aborto, las mujeres están expuestas a expresiones de sanción sociocultural que se manifiestan, por ejemplo, en la negativa de la atención, la implementación de los procedimientos de legrado sin anestesia como una forma de “castigo” por el aborto o a un trato inhumano y denigrante. Estas situaciones son formas de violencia que conculcan derechos humanos fundamentales. (66)

El aborto incompleto, diferido y retenido sin atención es una condición clínica que puede poner en peligro o amenazar la vida de la mujer, por lo que el tratamiento seguro y efectivo constituye un importante mecanismo para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas al aborto. (67,68) Mientras que para los casos de aborto terapéutico las intervenciones deben regirse a la normativa legal vigente del país.(67)

Los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud deben asegurar el acceso a la atención sin ningún tipo de restricción o discriminación relacionada a la edad, género, grupo étnico, creencias religiosas, discapacidad, nivel de instrucción, condición socio económica, situación de movilidad o preferencia sexual. De igual manera sin importar el estado civil de la paciente o el número de abortos previos. (67,68)

Durante la atención de aborto, toda mujer debe tener acceso a una atención integral que permita un diagnóstico y tratamiento adecuado, oportuno y calificado del aborto en cualquier establecimiento de salud del Sistema Nacional de Salud sin ningún tipo de limitación, por lo que se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- a) Durante el manejo previo al procedimiento, el personal de salud debe ser sensible y receptivo a las necesidades de las mujeres, respetar su confidencialidad, privacidad y dignidad. (69)
- b) Cuando la mujer lo solicite, brindar información y asesoría de los procesos administrativos para poder acceder a la interrupción de la gestación por razones terapéuticas.
- c) No emitir juicios de valor o comentarios sexistas o denigrantes, ni culpabilizar, discriminar o estigmatizar a la mujer. Respetar la decisión de la mujer sin intentar inducir para una decisión de continuar con el embarazo.
- d) Brindar información objetiva, basada en evidencia científica, completa y actualizada sobre las opciones de tratamiento y el procedimiento del aborto (método quirúrgico o farmacológico), los pasos a seguir, las posibles complicaciones y efectos adversos indicando que es un procedimiento seguro si lo realiza un profesional calificado y en condiciones de adecuadas de los establecimientos de salud.
- e) Realizar el consentimiento informado de la paciente para los procedimientos que se tienen que realizar en cada caso.(70)
- f) Asegurar el control prenatal las mujeres embarazadas que deciden continuar con el embarazo.
- g) Brindar en todos los casos, sin ningún tipo de restricción, analgesia, sedación o anestesia para la ejecución del procedimiento, para evitar que sienta dolor.(67,68)
- h) Proteger la intimidad de la embarazada evitando la participación de terceras personas ajenas al procedimiento del aborto. Permitir el acompañamiento de la persona que decida la usuaria.(67,68)
- i) El personal de salud debe informar a la usuaria sobre la garantía de la confidencialidad sobre su condición de salud, decisión y la conducta a seguir. La obligación de confidencialidad incluye al personal administrativo que por sus responsabilidades tienen información sobre la situación de la paciente y el tratamiento.
- j) Los proveedores de salud deben identificar situaciones de vulnerabilidad (por ejemplo, violencia sexual, intrafamiliar y de género) para referir al apoyo apropiado de manera oportuna.
- k) Brindar atención/asesoría en planificación familiar y proveer el método anticonceptivo elegido por la persona usuaria posterior al procedimiento y antes del alta.
- l) Se recomienda que durante el aborto y después del mismo, el lugar del procedimiento u hospitalización sea diferente al de las mujeres puérperas o parturientas a término, con el objetivo de evitar violencia, discriminación y afectaciones a la salud mental de las mismas.(67,68)

- m) En abortos espontáneos recurrentes solicitar el consentimiento informado de la mujer para el estudio genético del feto y realizar el seguimiento posterior en consulta externa para determinar la pertinencia de estudios complementarios o derivación a otro nivel de complejidad.
- n) Respetar la decisión de la madre en el caso de que solicite la devolución del feto, en los casos que aplique.

16. Grupos de Atención Prioritaria y Prevención de la Violencia Gineco- Obstétrica

16.1. Buenas prácticas para la prevención de la Violencia Gineco-obstétrica en la atención a personas con discapacidad

Las personas con discapacidad están sujetas a diversas formas de discriminación y conculcación de sus derechos.(71)

Se han evidenciado diferentes barreras para el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos que no tienen que ver necesariamente con la condición de discapacidad sino fundamentalmente con las creencias, prejuicios y temores que prevalecen en la sociedad y en las personas tanto de los equipos de salud como de las propias personas con discapacidad y sus familias.(71)

Las acciones de prevención y atención integral de las personas con discapacidad deben reconocer las necesidades diferentes de acuerdo con cada tipo de discapacidad, y al nivel de afectación o adaptación en relación con su funcionamiento (72), estas incluyen:

- a) Asegurar y proveer información clara, completa, con conocimientos actualizados basados en la mejor evidencia científica disponible, a fin de que las personas tomen decisiones libres e informadas sobre su salud sexual y salud reproductiva, métodos anticonceptivos incluidos anticoncepción de emergencia. (72)
- b) La elección del método anticonceptivo, cuando el grado de discapacidad de la usuaria no lo permita; puede ser tomada por los representantes legales, sin embargo es importante considerar que pueden existir casos de violación.(72)
- c) Utilizar un lenguaje inclusivo, asertivo, positivo al referirse y dirigirse a las personas con discapacidad.
- d) Generar estrategias para superar las barreras culturales y/o o lingüísticas entre el/la usuario/a y el equipo de salud y de acuerdo a su discapacidad.(72)
- e) Superar las barreras físicas, comunicativas y culturales que generan discriminación e irrespeto de las personas con discapacidad.(72)
- f) Asegurar la privacidad e intimidad de las personas con discapacidad.

- g) Escuchar y respetar los conocimientos de la usuaria respecto de su cuerpo y cuidados de la salud, evitar calificativos que desvaloricen, minimicen, infantilicen a las personas con discapacidad. (71) (72)
- h) Superar prejuicios respecto de las necesidades de asesoría y atención en la consulta ginecológica y de obstetricia.(71)
- i) Brindar un trato cálido y respetuoso.
- j) Tanto en la consulta ginecológica como en la atención del parto permitir el acompañante que la persona decida. Si la persona acompañante es parte del equipo de salud, debe privilegiar que sea una mujer.(72)
- k) Cuando el tipo y grado de severidad de la discapacidad no le permite a la persona tomar decisiones por sí mismas, los representantes legales deberán ser informados sobre todos los aspectos relacionados con los procedimientos, a fin de que puedan tomar la decisión. En el caso de que no tenga un representante legal el profesional que le atiende, con base en la valoración clínica, actuará considerando el interés superior y el beneficio de la persona usuaria.(72)
- l) Es fundamental promover e impulsar la detección precoz de situaciones de violencia de género en mujeres con discapacidad y garantizar la atención de acuerdo a la normativa vigente.(71,72)
- m) Tomar las medidas sanitarias necesarias para evitar que se lleven a cabo procedimientos de esterilización forzada y aborto coercitivo, sin el consentimiento informado de la persona con discapacidad o bajo el pretexto del bienestar y seguridad.(72)
- n) No se puede negar ni retrasar por ningún motivo la atención del embarazo, parto, postparto, así como la atención del aborto.
- o) Asesorar a la mujer embarazada y su pareja, en caso de tenerla, sobre el uso de métodos anticonceptivos pos evento obstétrico, incluido la esterilización quirúrgica femenina y masculina.(72)
- p) Ofrecer recomendaciones sobre lactancia materna de acuerdo con las condiciones clínicas y de discapacidad.
- q) Asesoría sobre derechos sexuales y derechos reproductivos tanto a la persona con discapacidad como a la persona cuidadora. (71,72)

16.2. Buenas prácticas para la prevención de la Violencia Gineco-obstétrica en la atención a personas usuarias que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Las personas usuarias que viven con VIH están expuestas a diferentes formas de violencia basada en género a nivel de la sociedad y las instituciones, la familia, las relaciones de pareja.

El Ministerio de Salud Pública cuenta con normas de prevención y atención de pacientes con VIH que contemplan procedimientos estándar para evitar la transmisión del personal de salud, las medidas de prevención de la transmisión de VIH en la

población y la transmisión vertical, así como los procedimientos y esquemas de tratamiento para las personas que viven con VIH.(28,29)

Sin embargo, es importante que desde la perspectiva de prevención de la violencia gineco-obstétrica y evidencias globales, se deba emitir las siguientes directrices para la buena práctica:

- a) Respetar los derechos de las personas a tomar decisiones sobre el ejercicio de su sexualidad y procreación, otorgando la información sobre autocuidado, cuidado de las parejas y opciones reproductivas de acuerdo a la condición de las personas usuarias.(28,29)
- b) Brindar asesoría preconcepcional, planificación del embarazo y del parto en las mejores condiciones clínicas posibles, informado del riesgo de transmisión vertical en el embarazo, el parto y la lactancia. (28,29)
- c) Brindar información oportuna, clara, completa sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos, sobre métodos anticonceptivos, sobre relaciones sexuales seguras y el riesgo de transmisión vertical en el embarazo, el parto y la lactancia. (28,29)
- d) Brindar información oportuna, clara, completa sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos, sobre métodos anticonceptivos, incluyendo el uso del condón femenino, masculino y lubricantes; sobre relaciones sexuales seguras.
- e) Asesoramiento y acceso a exámenes clínicos de acuerdo con la normativa vigente.
- f) Asegurar condiciones de privacidad y confidencialidad durante todo el proceso de atención ginecológica y obstétrica, así como el asentimiento y consentimiento informado. (28,29)
- g) Atención respetuosa y buen trato, superar actitudes y prácticas discriminatorias y de estigmatización.(28,29)
- h) Conformar el equipo ETMI Plus (Estrategia Nacional para la Eliminación de la transmisión materno infantil del virus de la inmunodeficiencia humana VIH, sífilis, hepatitis b y la enfermedad de Chagas en el Ecuador, para la atención integral de embarazadas que viven con VIH. Atención prenatal, del parto y postparto de acuerdo a la normativa vigente.(28,29)
- i) La información sobre la situación de las personas que viven con VIH/sida debe ser individualizada.(29,73)

16.3. Buenas prácticas para la prevención de la Violencia Gineco-obstétrica en la atención a mujeres en situación de movilidad humana

El establecimiento de salud y el personal debe asegurar la atención a personas en situación de movilidad humana, sin importar su nacionalidad o estatus migratorio,

considerando que tiene los mismos derechos que las personas que residen en territorio ecuatoriano. (1,23)

Siendo una población en situación de vulnerabilidad y uno de los grupos de atención prioritaria, es importante que los establecimientos de salud generen condiciones para facilitar el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva sin requerir ningún documento o ningún procedimiento administrativo que restrinja la atención.

- a) Asegurar una atención de calidad de acuerdo a la normativa vigente del MSP, que respete los derechos humanos, sin actitudes xenofóbicas, discriminatorias o que limiten el acceso a los servicios de salud.(1)
- b) Brindar atención para la prevención y atención de casos de ITS y VIH/sida.(23,74)
- c) Elaborar e implementar con la persona gestante el plan de parto, considerando su situación de movilidad humana. (75)
- d) Asegurar asesoría y entrega de métodos anticonceptivos, incluyendo anticoncepción oral de emergencia, respetando la decisión de la persona sobre el tipo de método a utilizar. (75)
- e) Informar sobre las rutas de acceso a servicios de salud materna y sobre atención integral en casos de violencia contra las mujeres.
- f) Reforzar una mejor comprensión sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos, dado que, por su condición de vulnerabilidad pueden haber normalizado situaciones que violentan sus derechos. (80)
- g) Sensibilizar al personal de salud sobre la normativa que reconoce los derechos de las personas en movilidad humana para brindar una atención adecuada, tomando en cuenta que este grupo población enfrenta profundas carencias, diversas inseguridades y situaciones de aislamiento continuos. (80)

16.4. Buenas prácticas para la prevención de la Violencia Gineco-obstétrica en la atención a la población LGBTIQ+

Durante la atención a población LGBTIQ+, se debe considerar lo siguiente:

- a) La sensibilización al personal de salud sobre derechos humanos, el enfoque de género, la normativa que reconoce los derechos de las personas LGBTIQ+ son instrumentos necesarios para brindar una atención adecuada, así como las necesidades específicas de atención de salud de estos grupos poblacionales.(24)
- b) Eliminar prácticas discriminatorias garantizando en la atención los principios de autonomía, justicia, igualdad, no maleficencia.(1,24)
- c) Brindar una atención que se adapte de las necesidades de las personas evitando estereotipos tradicionales de género reconociendo que en la sociedad existen

múltiples identidades de género y orientación sexual, familias diversas y prácticas sexuales diversas y no convencionales.(24,69,76)

- d) Llamar a las/los pacientes por su apellido. Al inicio de la consulta es pertinente preguntar como desea que le llamen para evitar reproducir estereotipos de género. (24)
- e) Las mujeres lesbianas y bisexuales requieren los mismos controles ginecológicos de rutina estipulados para las mujeres heterosexuales. Se debe incluir la prevención de cáncer cérvico uterino y mamario.(24,69,76)
- f) Todas las personas independientemente de las prácticas sexuales tienen derecho a las acciones de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual ITS y VIH.(1) (24)
- g) Las mujeres trans que se hayan realizado vaginoplastías y los hombres trans también requieren controles ginecológicos que dependerán de cada situación en particular.

16.5. Buenas prácticas para la prevención de la Violencia Gineco-obstétrica en la atención de las mujeres privadas de la libertad

Las mujeres privadas de libertad están sujetas a una mayor vulnerabilidad frente a la conculcación de sus derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y derechos reproductivos. Las concepciones y estereotipos de género, los prejuicios y concepciones culturales inciden en que estén sujetas a diferentes expresiones de violencia física y psicológica, con graves repercusiones en su salud, su integridad e incluso su vida. (66) Por lo que durante la atención se debe tener en cuenta lo siguiente:

- a) Informar y respetar los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas privadas de la libertad.(1,75)
- b) Garantizar atención ginecológica de acuerdo a la normativa del MSP sin ningún tipo de restricción o discriminación.(1)
- c) En el caso de que el centro de privación de la libertad no cuente a su interior con consultorios de atención, el personal de salud designado debe realizar las gestiones y coordinación para la atención ginecológica y del embarazo, parto, postparto en el establecimiento de salud que corresponda. (1,26,75)
- d) Asegurar asesoría y entrega de métodos anticonceptivos, respetando la decisión de la persona privada de la libertad sobre el tipo de método a utilizar.(75)
- e) Asegurar los controles y educación prenatal.(75)
- f) Informar e implementar con la persona gestante el plan de parto.(75)
- g) Garantizar el traslado, acceso y atención oportuna del parto y en casos de aborto y atención de acuerdo a normativa del MSP.(75)
- h) Garantizar que los kits Claves Obstétricas estén completos y estén disponibles en

los centros de privación de la libertad en casos de emergencia. (75)

16.6. Buenas prácticas para la prevención de la Violencia Gineco-obstétrica en la atención en adolescentes

La atención de adolescentes debe garantizar:

- a) Evitar los juicios de valor respecto a la apariencia física del(a) adolescente, o ridiculizar/ juzgar a los adolescentes y jóvenes por ser sexualmente activos o por serlo.(77)
- b) El examen ginecológico a adolescentes se hará solo en presencia de signos o síntomas sugestivos de patología ginecológica. (78)
- c) La realización de pruebas para VIH se hará previo consentimiento informado y asesoría pre y post-prueba.(28)
- d) Proporcionar asesoría y tratamiento en anticoncepción sin necesidad del consentimiento o presencia de padres, madres o representantes legales.
- e) En caso de embarazo de adolescentes por violencia sexual, de acuerdo a la normativa vigente se debe garantizar la decisión de la adolescente si quiere o no seguir con el embarazo, evitando la re victimización, los juzgamientos de la víctima evitar todo tipo de retaliaciones de carácter moral y paternal que refuercen el sentimiento de culpa. (56,60,78)
- f) La atención se realizará libre de prejuicios, creencias o posiciones personales. Es importante establecer empatía y generar una relación de confianza, considerando aspectos psicológicos, sociales, culturales, afectivos, éticos y jurídicos para garantizar su integridad y fortalecer su proyecto de vida.(79)
- g) Con respecto a las opciones frente a su gestación considerar lo siguiente: *“La asesoría deberá ser oportuna, completa, basada en evidencia científica, acorde al marco legal y normativo vigente sobre las opciones que la niña o adolescente tiene frente al embarazo”*. (79)
- h) El principio de confidencialidad implica que el personal de salud está obligado a no divulgar el motivo de consulta, la información entregada por el adolescente o el diagnóstico y tratamiento. (78)
- i) En la consulta ginecológica, es necesario indagar formas de violencia basada en género en adolescentes y adolescentes con discapacidad.
- j) Brindar atención integral inmediata en caso de denuncias de violencia sexual. (56,71)
- k) En la consulta el profesional de salud, debe comunicar directamente con la adolescente.
- l) Todos los embarazos adolescentes deberán ser monitoreados, incluso con visitas extramurales, atención integral y/o articular con las instancias pertinentes. (79)

17. Acciones de Prevención de la Violencia Gineco- Obstétrica

17.1. Implementar procesos de capacitación, información y cuidado a los profesionales de salud

- a) Se recomienda establecer alianzas estratégicas con organizaciones de la sociedad civil que trabajen en el tema de Violencia Gineco-obstétrica, Violencia basada en Género y Derechos Humanos, para concertar un plan programático de capacitaciones en el marco de la temática mencionada, en los establecimientos de salud.
- b) Se sugiere realizar conversatorios con personal de salud de la Red Pública Integral en Salud que atienden partos, en el marco de la Norma Técnica de Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño - ESAMyN y su instructivo, con el fin de discutir las estrategias de implementación de la misma.
- c) Es recomendable que los equipo y el personal de salud de la Red Pública Integral en Salud y de la Red Complementaria implementen estrategias, para mejorar las relaciones comunicacionales con las usuarias, lidiar con episodios de estrés y cansancio ligados a la atención en salud.

17.2. Inclusión de la Prevención de VGO en las discusiones de los Comités de Coordinación Asistencial Docente (ComCAD) del MSP

- a) El proceso de aprendizaje de los estudiantes en los establecimientos de salud tiene influencia en las prácticas de Violencia Gineco-obstétrica.(70)(80) por lo cual, es importante informar a los internos rotativos, posgradistas, estudiantes de ciencias de la salud en general, que estén realizando prácticas, sobre las diferentes expresiones de Violencia Gineco-obstétrica.
- b) Los Comités Asistenciales Docentes deberán incluir en el Plan de prácticas formativas y en el proceso de supervisión de los estudiantes buenas prácticas para la Prevención de la VGO.(71)

17.3. Consentimiento informado

Es un proceso de comunicación y deliberación, que forma parte de la relación de un profesional de salud y un paciente capaz, por el cual una persona autónoma, de forma voluntaria, acepta, niega o revoca una intervención de salud. Esto es importante, considerando que no se puede iniciar un procedimiento sin un previo consentimiento de la usuaria, con el fin de asegurar el derecho a ser informadas, previo a la toma de decisiones respecto a la atención de salud, con el fin de promover su autonomía en las decisiones sobre su salud y su cuerpo.(70)

Es importante que en el momento de informar a la paciente sobre su situación o estado de salud, el personal de salud se asegure que la usuaria ha entendido de forma integral y por libre elección, la situación de la salud por la que está atravesando y los procedimientos que se requieren, incluyendo los riesgos, beneficios y opciones.

17.4. Educación Prenatal que previene la VGO

Las prácticas educativas realizadas durante el acompañamiento del periodo pre parto puede prevenir la Violencia Gineco-obstétrica.(81) Por medio de este recurso se garantiza que la usuaria esté empoderada respecto a sus derechos en el proceso de embarazo, parto y posparto.

La Norma Técnica de Educación Prenatal (2015) y la Norma Técnica de Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la madre y el Niño - ESAMyN (2021), de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud que brinden atención materna neonatal de primer, segundo y tercer nivel de atención y su cumplimiento es de responsabilidad de todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. (82,83)

17.5. Ruedas de conversación

Se recomienda incluir la realización de ruedas de conversación para intercambiar experiencias y dudas respecto a la violencia gineco-obstétrica:

- Entre mujeres con parteras articuladas con el MSP, invitadas, en donde también estén presentes miembros del establecimiento de salud.
- Entre las embarazadas con el equipo de salud que atiende los partos.
- Entre mujeres que atraviesen el posparto para intercambiar percepciones, dudas, mejorar los niveles de estrés, sentir acompañamiento de una red integral.(51)

17.6. Elaboración del plan de parto y transporte

El plan de parto es un documento elaborado por la gestante sobre sus preferencias, deseos y expectativas con relación al parto y al nacimiento, incluyendo algunos procedimientos profesionales. Es importante que el plan de parto contemple las posibilidades de transporte sobre todo en gestantes que tienen dificultades para el traslado oportuno para la atención del parto.(82)

En el plan de parto la mujer puede señalar, el respeto a la libre posición, quien corta el cordón umbilical, si decide tener un acompañante, rebozo o barra para parto, el uso de pelotas, insumos, música. Se deberá informar a la gestante las condiciones de los establecimientos de salud para cumplir o no los requerimientos. (82,83)

La gestante debe ser informada sobre los signos de alarma y sobre los procedimientos a seguir en caso de situaciones de riesgo, en las cuales el plan de parto no puede ser respetado de manera integral. (84)

El plan de parto deberá incluirse en la historia clínica según la normativa Reglamento de Manejo de la Historia Clínica Única, MSP, 2021(85) además deberá registrarse los motivos por los cuales el plan no pudo ser cumplido en integridad o en alguna de sus partes. (81)

18. Abreviaturas

CEAS: Comités de Ética Asistenciales para la Salud

CEDAW: Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

COIP: Código Orgánico Integral Penal

CDPD: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

ESAMyN: Establecimiento de salud amigos de la Madre y el Niño

GPC: Guía de Práctica Clínica

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

LGBTIQ+: Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Travestis, Transgénero, Intersexuales y Queer.

LOD: Ley Orgánica de Discapacidades

MAC: Métodos Anticonceptivos

MSP: Ministerio de Salud Pública

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

RN: Recién Nacido

RPIS: Red Pública Integral de Salud

SSYSR: Salud Sexual y Salud Reproductiva

SNS: Sistema Nacional de Salud

UCI: Unidades de Cuidado Intensivo

VBG: Violencia Basada en Género

VGO: Violencia gineco-obstétrica

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

19. Referencias

1. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. Quito: Lexis; 2008. p. 207. Available from: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
2. Ley de Derechos y Amparo del Paciente. 1995. 2006. No Title. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>
3. Asamblea. Constitución [Internet]. Available from: https://www.defensoria.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/LEY_ORGÁNICA_INTEGRAL_PARA_PREVENIR_Y_ER.pdf
4. Organización de las Naciones Unidas. Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer [Internet]. 1979. Available from: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/convencion-sobre-la-eliminacion-de-todas-las-formas-de-discriminacion-contr-la-mujer#:~:text=La Convención sobre la Eliminación,General de las Naciones Unidas.>
5. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. Available from: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
6. Permanente M, Salvador DEEL, La A, Estados ODELOS, Salvador S, Salvador E, et al. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención BELEM DO PARA). 1995. 14 p.
7. Comité de Derechos Económicos. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) [Internet]. 2010. Available from: https://www3.paho.org/hr-ecourse-s/assets/_pdf/Module2/Lesson1/M2_L1_5.pdf
8. Organización de los Estados Americanos. • Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (Informe sobre Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos/ Recomendaciones) [Internet]. 2010. Available from: <https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/SaludMaterna2010.pdf>
9. ONU - mujeres. Declaración, Plataforma de Acción de Beijing [Internet]. Available from: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2015/9853.pdf>
10. Naciones Unidas. Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes [Internet]. 1984. Available from: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading>
11. CEPAL. Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia de Género Contra las Mujeres [Internet]. 2016. 41 p. Available from: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2018_ecu_leyintegralprevencionerradicacionviolenciagenero.pdf
12. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. In Washington: OMS [Internet]. 2014. Available from:

- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf
13. Chagas JCLSP. Scielo. 2016. Patologização e Medicalização da Educação Superior. Available from: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/hkWLpJzSKyzphR9vmhSHQ7D/?format=pdf&lang=pt>
 14. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar [Internet]. 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
 15. García GA. Violencia Ginecológica y Obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino [Internet]. 2016. Available from: <http://decsir.com.mx/wp-content/uploads/2016/03/1-indagaciones.pdf>
 16. Araujo - Cuauero. Violencia obstétrica: una práctica oculta deshumanizadora, ejercida por el personal médico asistencial [Internet]. 2019. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87854>
 17. Primicias. El 48% de mujeres encuestadas dice haber sufrido violencia en el ginecólogo [Internet]. 2019. Available from: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/violencia-genero-mujeres-ginecologo-inec/>
 18. Gabriela Arguedas Ramírez. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense [Internet]. 2014. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/4769/476947241008.pdf>
 19. Leal1 SYP, Lima2, Vera Lúcia de Azevedo Silva, Andrey Ferreira da Soares, Patrícia Danielle Feitosa Lopes Santana, Luzia Ribeiro Pereira Á. Percepção de Enfermeiras Obstétricas acerca da Violência Obstétrica. [Internet]. 2018. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52473>
 20. Morales María Fernanda y López Carlos. Conocimiento del Personal de Salud del Servicio de Patología Obstétrica sobre Violencia Obstétrica en el Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" de Quito [Internet]. 2022. Available from: <file:///C:/Users/wendy.campoverde/Downloads/9-Texto del artículo-29-2-10-20220420.pdf>
 21. Mario Pecheny. Estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe [Internet]. 2014. Available from: <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=4622>
 22. María José Chávez Naranjo. La salud y los derechos humanos de las mujeres trabajadoras sexuales [Internet]. 2014. Available from: <https://revistas.uasb.edu.ec/index.php/aa/article/view/3175>
 23. Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana. Curso Introductorio Sobre Movilidad Humana. Módulo 1: Personas en Movimiento, claves para comprender la movilidad humana [Internet]. 2019. Available from: <http://www.derechosmovilidadhumana.gob.ec/wp-content/Archivo/Igualdad para Movilidad Humana-1.pdf>
 24. Fondo de Población de Naciones Unidas M de SP. Manual de Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI) [Internet].

2016. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/manual-lgbti-29-de-nov-2016_mod.pdf
25. Karen Garita Sanchez. La investigación (In)visibilidad y salud: Contextos y desafíos de las mujeres lesbianas y bisexuales en Ecuador [Internet]. 2019. Available from: <https://mujerymujer.org.ec/recurso/invisibilidad-y-salud-contextos-y-desafios-de-las-mujeres-lesbianas-y-bisexuales-en-ecuador/>
26. Procuración Penitenciaria de la Nación, la Plata : Defensoría del Pueblo de la provincia de Buenos Aires, Defensoría del Pueblo de la Nación MP de la D de la N. París como una condenada : experiencias de violencia obstétrica de mujeres privadas de la libertad [Internet]. 2019. Available from: <https://ppn.gov.ar/pdf/publicaciones/ediciones-especiales/pari-como-una-condenada.pdf>
27. Jojoa Tobar E, Chuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Paja Campo AM SBJ. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible [Internet]. 2019. Available from: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
28. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Práctica Clínica - Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos [Internet]. 2019. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf
29. Y FH, Vázquez M. Violencia contra las mujeres viviendo con VIH/sida: Documento de antecedentes [Internet]. 2011. Available from: https://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/vaw-hiv_hale.pdf
30. Asamblea Nacional de la República del Ecuador. Registro Oficial. Ley Para Prevenir y Erradicar La Violencia Contra Las Mujeres. Available from: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf
31. Ricardo La Valle. Sobre medicalización. Orígenes, causas y consecuencias. [Internet]. 2014. Available from: https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/17666_67-72-Lavalle Part 1.pdf
32. Ávila-Morales JC. Vol. 30, Iatreia. 2017. p. 216–29 La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v30n2/0121-0793-iat-30-02-00216.pdf>
33. Asamblea Nacional Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [Internet]. 2007. Available from: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
34. García1 LID, M. YF. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile [Internet]. 2018. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512018000200123
35. Quattrocchi P, Magnone N. Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias [Internet]. 2020. Available from: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/7>

36. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2017. Manual de Asesoría en salud sexual y reproductiva. Available from: <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/7503 asesoria ss.pdf>
37. María Moreno. VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA: la agresión silenciada a los derechos humanos de mujeres y recién nacidos/as. [Internet]. 2016. Available from: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2017/07/31/violencia-gineco-obstetrica-la-agresion-silenciada-los-derechos-humanos-de-mujeres-y-recien-nacidos>
38. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos [Internet]. 2013. Available from: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868>
39. Silvia Bellón Sánchez. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica [Internet]. 2015. Available from: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>
40. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas [Internet]. 2003. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63042995014.pdf>
41. Eva Margarita Garcia. La violencia obstétrica como violencia de género [Internet]. 2018. Available from: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf
42. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma Técnica de Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño [Internet]. 2021. Available from: <https://www.salud.gob.ec/normativa-de-establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/>
43. Danúbia Mariane Barbosa Jardim Modena CM. La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características [Internet]. 2018. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rMwtPwWKQbVSszWSjHh45Vq/?format=pdf&lang=es>
44. Ministerio de Salud Argentina. Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia [Internet]. 2010. Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>
45. Minsiterio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Práctica Clínica, Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato [Internet]. 2015. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf
46. Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica: Orientación. Atención prenatal: atención de rutina para la mujer embarazada sana [Internet]. 2008. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21370514/>
47. Ibone Olza Fernández 1, Miguel Ángel Marín Gabriel , Francisco López Sánchez AMMM. Oxitocina y autismo: una hipótesis a investigar. ¿Puede la manipulación oxitocinérgica perinatal facilitar el autismo? [Internet]. 2011. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23446100/>
48. Miquelutti MA, Cecatti JG, Morais SS MM. The vertical position during labor: pain and satisfaction [Internet]. 2009. Available from:

- <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/zBf8CJMH4rHb7xf3zM55HCv/>
49. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique [Internet]. 2021. Available from: <http://www.cngof.net/Publications-CNGOF/Pratique-clinique/Examen-gynecologique/Charte-de-consultation-gynecologie-obstetrique-2021-10.pdf>
 50. Carolina López Lapeyrere, (2) Montserrat Solís Muñoz (1) Noelia Serna Gómez, (1) Susana de la Flor Picado, (1) Ana Tejeda Esteban (1) M^a Teresa Martínez Díaz. Eficacia de la sutura continua versus interrumpida en la reparación del periné en el parto eutócico [Internet]. 2014. Available from: <file:///C:/Users/wendy.campoverde/Downloads/Dialnet-EficaciaDeLaSuturaContinuaVersusInterrumpidaEnLaRe-6260161.pdf>
 51. SAÚDE M DA. DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO NORMAL PARTO [Internet]. 2017. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
 52. SB Thacker BH. Beneficios y riesgos de la episiotomía: una revisión interpretativa de la literatura en lengua inglesa [Internet]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6346168/>
 53. El parto es nuestro. El Parto es Nuestro. STOP Kristeller, Cuestion de gravedad [Internet]. 2014. Available from: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/campana-stop-kristeller-cuestion-de-gravedad>
 54. Luis Alberto Villanueva-Egan1. El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra [Internet]. 2010. Available from: <file:///C:/Users/wendy.campoverde/Downloads/Dialnet-ElMaltratoEnLasSalasDeParto-3393251.pdf>
 55. Derecho D de DI. 1994. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém Do Pará". Available from: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
 56. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma Técnica de Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos [Internet]. 2019. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/Norma-tecnica-de-VBG-y-GVDH-.pdf>
 57. Ministerio de Sanidad SS e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [Internet]. 2014. Available from: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf
 58. Minsiterio de Salud Pública del Ecuador. Atención del parto por cesárea [Internet]. 2016. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ATENCION-DEL-PARTO-POR-CESAREA.pdf>
 59. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Práctica Clínica, Recién Nacido Prematuro [Internet]. 2015. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Recén-nacido-prematuro.pdf>
 60. Asamblea Nacional Ecuador. Ley Orgánica que regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en caso de violación [Internet]. 2019. Available from:

- <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/sites/default/files/texto-final-proyecto-interrupcion-voluntaria-embarazo-en-caso-de-violacion-ecuador.pdf>
61. Umamanita EP es N. GUÍA PARA LA ATENCIÓN A LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL [Internet]. 2015. Available from: <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/Guia-Atencion-Muerte-Perinatal-y-Neonatal.pdf>
 62. González Castroagudín, Sonia¹; Suárez López, Isabel²; Polanco Teijo, Flavia³; Ledo Marra, M^a José⁴; Rodríguez Vidal E. Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal [Internet]. 2013. Available from: https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_2.pdf
 63. Gomes, Marina Neves de Almeida LK de OS. SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO [Internet]. 2019. Available from: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>
 64. Ministerio de Salud Publica Rep. Dominicana. Protocolo de Atención al Puerperio de Bajo Riesgo [Internet]. 2020. Available from: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/2196>
 65. Dres. Leonel Briozzo¹, Gonzalo Vidiella², Beatriz Vidarte³ Gustavo Ferreira⁴, José Enrique Pons⁵ JCC. El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay [Internet]. 2002. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902002000100002
 66. Ministerio de Salud de Argentina. Guía para la Atención Integral de Mujeres que cursan un aborto [Internet]. 2015. Available from: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento106.pdf>
 67. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Práctica Clínica Atención del Aborto Terapeutico [Internet]. 2015. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Aborto-terapéutico.pdf>
 68. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, Guía de Práctica Clínica [Internet]. 2013. Available from: https://www.hgdz.gob.ec/wp-content/uploads/biblioteca/GUIA_PRACTICA_CLINICA/GPC_2013/gpc_guia_aborto_espontaneo_incompleto_19_feb_2014.pdf
 69. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Estudio de caso sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en el Ecuador [Internet]. 2013. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/LGBTI/Analisis_situacion_LGBTI.pdf
 70. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2016. Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/A.M.5316-Consentimiento-Informado_-AM-5316.pdf
 71. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Guía sobre derechos sexuales, reproductivos y vida libre de violencia para personas con discapacidad [Internet].

2019. Available from: <https://ecuador.unfpa.org/es/publications/guía-sobre-derechos-sexuales-reproductivos-y-vida-libre-de-violencia-para-personas-con>
72. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de Atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad [Internet]. 2017. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/01/Manual-atencion-SSSR-personas-discapacidad.pdf>
 73. Naciones Unidas/CEPAL. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. 2016. 61 p.
 74. Cheryl Martens, Miriam Ernst VG de la Torre, Taymi Milán, Manuela Ernst, Jessica Flores J, Valencia MT y A. Diagnóstico situacional sobre salud sexual, salud reproductiva y violencia basada en género y su vinculación con las personas en situación de movilidad humana [Internet]. 2022. Available from: https://ecuador.iom.int/sites/g/files/tmzbd1776/files/documents/Diagnostico_situacional_COMPLETO.pdf
 75. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Gestión Operativo de Atención de Salud en Contextos de Privación de Libertad [Internet]. 2013. Available from: <https://www.salud.gob.ec/se-presenta-nuevo-modelo-de-servicios-de-salud-en-contextos-penitenciarios-que-garantiza-acceso-a-la-salud-a-personas-privadas-de-libertad/>
 76. Vargas P. Determinantes sociales de la salud de las personas LGBT [Internet]. 2017. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/08/848349/145-147.pdf>
 77. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica SS SR [Internet]. 2013. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
 78. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Supervisión- Salud de adolescentes [Internet]. 2014. Available from: https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/manual_adolescente_portada%281%29.pdf
 79. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de Atención integral a niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad [Internet]. 2022. Available from: https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/fin_manual_atencion_integral_a_ninas_y_adolescentes_embarazadas_menores_de_15_anos_de_edad.pdf
 80. El parto es nuestro. Observatorio de la Violencia Obstétrica [Internet]. Available from: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/observatorio-de-la-violencia-obstetrica>
 81. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Reglamento de Manejo de la Historia Clínica Única [Internet]. 2021. Available from: <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/estad/AC-00115-2021 ENE 10.pdf>
 82. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Control Prenatal [Internet]. 2015. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
 83. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma Técnica de Educación Prenatal [Internet]. 2015. Available from:

- http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/images/PROGRAMAS/GUIASCLINICAS/2015/Norma_tcnica_de_educacin_pre_natal_2015.pdf
84. Costa1 NY, *, Laíze Rúbia Silva Corrêa1 Pantoja1, Gabriela Xavier Sequeira AP, Santos1, Sávio Felipe Dias Franco1, Isadora Menezes Araujo1 N de OV, Barros1, Vale de Costa1 PVDP, Nogueira1 LMV. La atención prenatal como estrategia para prevenir la violencia obstétrica [Internet]. 2020. Available from: <file:///C:/Users/wendy.campoverde/Downloads/4929-Artigo-61429-1-10-20201222.pdf>
85. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Instructivo Historia Clínica Única [Internet]. 2016. Available from: <https://www.studocu.com/ec/document/universidad-de-guayaquil/obstetricia/gpc-historia-clinica-materna-perinatal-formulario-051-dncss/38587588>

	NOMBRE	AREA	CARGO	FIRMA
Aprobado por	Sara Tama Tambaco	Viceministerio de Gobernanza de la Salud	Viceministra	 Firmado electrónicamente por: SARA BEATRIZ TAMA TAMBACO
	Jhonatan Guacho Bonilla	Viceministerio de Atención Integral en Salud	Viceministro	 Firmado electrónicamente por: JHONATAN DAVID GUACHO BONILLA
Revisado y Validado por:	Darwin Armijos	Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad	Subsecretario	 Firmado electrónicamente por: DARWIN GEOVANNY ARMIJOS RIOS
	José Garnica Vargasi	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud	Subsecretario	 Firmado electrónicamente por: JOSE OLMEDO GARNICA VARGAS
	Wendy Gavica Vásquez	Subsecretaría de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados	Subsecretaria (E)	 Firmado electrónicamente por: WENDY BRASILIA GAVICA VASQUEZ
	Joseph Guerra Villamarín	Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel	Subsecretario (E)	 Firmado electrónicamente por: JOSEPH EDUARDO GUERRA VILLAMARIN

	Carolina Puente	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Directora	 Firmado electrónicamente por: CAROLINA JOANN PUENTE LEIVA
	Fernando Góngora Martínez	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Director (E)	 Firmado electrónicamente por: FERNANDO BRYAN GONGORA MARTINEZ
	Lorena del Pilar Gutiérrez	Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión	Directora	 Firmado electrónicamente por: LORENA DEL PILAR GUTIERREZ ROMERO
	Gina Chiriboga	Responsable Nacional del proyecto de Abordaje Integral en salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes	Responsable	 Firmado electrónicamente por: GINA LORENA CHIRIBOGA ESTRELLA
	Edwin Morocho	Directora Nacional de Salud Intercultural y Equidad, Encargada	Director	 Firmado electrónicamente por: EDWIN EDGAR MOROCHO AGUAGALLO
	Luis Contreras	Dirección Nacional de Hospitales	Director	 Firmado electrónicamente por: LUIS FRANCISCO CONTRERAS DIAZ
	Sonia Brazales	Dirección Nacional de Atención Integral en Salud	Directora	 Firmado electrónicamente por: SONIA PATRICIA BRAZALES NORONA
Elaborado por:	Marivel Illapa	Especialista en Promoción de la Salud Sexual Y salud Reproductiva	Especialista	 Firmado electrónicamente por: MARIELA MARIVEL ILLAPA IDROVO



**EL NUEVO
ECUADOR**

Ministerio de Salud Pública



@SaludEcuador



@minsaec



@Salud_Ec

www.salud.gob.ec



SUPERINTENDENCIA
DE BANCOS

RESOLUCIÓN No. SB-DTL-2024-0100

TOA CAROLINA MURGUEYTIO NUÑEZ
DIRECTORA DE TRÁMITES LEGALES

CONSIDERANDO:

QUE mediante comunicación ingresada electrónicamente en el Sistema de Calificaciones con hoja de ruta No. SB-SG-2024-00522-E, la Ingeniera Civil Verónica Lizbeth Pérez Freire, con cédula No. 1804636387, solicitó la calificación como perito valuador en el área de bienes inmuebles, entendiéndose que la documentación remitida a la Superintendencia de Bancos es de responsabilidad exclusiva de la parte interesada, que es auténtica y no carece de alteración o invalidez alguna;

QUE el numeral 24 del artículo 62 del Código Orgánico Monetario y Financiero, establece dentro de las funciones otorgadas a la Superintendencia de Bancos, la calificación de los peritos valuadores;

QUE el artículo 4 del capítulo IV "Normas para la calificación y registro de peritos valuadores", del título XVII "De las calificaciones otorgadas por la Superintendencia de Bancos", del libro I "Normas de control para las entidades de los sectores financieros público y privado", de la Codificación de las Normas de la Superintendencia de Bancos, establece los requisitos para la calificación de los peritos valuadores;

QUE el inciso quinto del artículo 6 del citado capítulo IV, establece que la resolución de la calificación tendrá una vigencia de diez (10) años contados desde la fecha de emisión de la resolución;

QUE mediante Memorando No. SB-DTL-2024-0089-M de 18 de enero del 2024, se ha determinado el cumplimiento de lo dispuesto en la norma citada;

QUE el "Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de la Superintendencia de Bancos", expedido con resolución No. SB-2017-893 de 16 de octubre de 2017, dispone como atribución y responsabilidad de la Dirección de Trámites Legales "*e) Calificar a las personas naturales y jurídicas que requieran acreditación de la Superintendencia de Bancos*"; y,

QUE mediante acción de personal Nro. 0050 de 17 de enero de 2024 fui nombrada Directora de Trámites Legales, lo cual me faculta para la suscripción del presente documento,

RESUELVE:

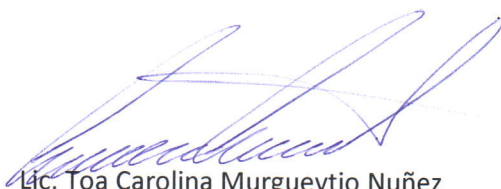
ARTÍCULO 1.- CALIFICAR a la Ingeniera Civil Verónica Lizbeth Pérez Freire, con cédula No. 1804636387, como perito valuador en el área de bienes inmuebles en las entidades sujetas al control de la Superintendencia de Bancos.

ARTÍCULO 2.- VIGENCIA: la presente resolución tendrá vigencia de diez (10) años, contados desde la fecha de emisión, asignándole el número de registro No. PVQ-2024-02475.

ARTÍCULO 3.- COMUNICAR a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros con la presente resolución.

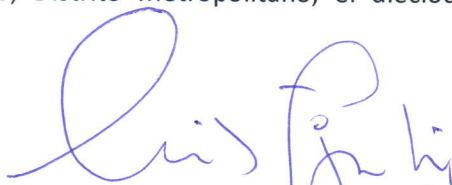
ARTÍCULO 4.- NOTIFICAR la presente resolución al correo electrónico natveroperezfreire1@gmail.com, señalado para el efecto.

COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE EN EL REGISTRO OFICIAL.- Dada en la Superintendencia de Bancos, en Quito, Distrito Metropolitano, el dieciocho de enero del dos mil veinticuatro.



Lic. Toa Carolina Murgueytio Nuñez
DIRECTORA DE TRÁMITES LEGALES

LO CERTIFICO. - Quito, Distrito Metropolitano, el dieciocho de enero del dos mil veinticuatro.



Dr. Luis Felipe Aguilar Feijó
SECRETARIO GENERAL





Ing. Hugo Del Pozo Barrezueta
DIRECTOR

Quito:
Calle Mañosca 201 y Av. 10 de Agosto
Telf.: 3941-800
Exts.: 3131 - 3134

www.registroficial.gob.ec

JV/AM

El Pleno de la Corte Constitucional mediante Resolución Administrativa No. 010-AD-CC-2019, resolvió la gratuidad de la publicación virtual del Registro Oficial y sus productos, así como la eliminación de su publicación en sustrato papel, como un derecho de acceso gratuito de la información a la ciudadanía ecuatoriana.

"Al servicio del país desde el 1º de julio de 1895"

El Registro Oficial no se responsabiliza por los errores ortográficos, gramaticales, de fondo y/o de forma que contengan los documentos publicados, dichos documentos remitidos por las diferentes instituciones para su publicación, son transcritos fielmente a sus originales, los mismos que se encuentran archivados y son nuestro respaldo.