

# **XIII. VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y MALTRATO A MUJERES EMBARAZADAS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA: FRECUENCIA Y DETERMINACIONES SOCIALES**

**ARMANDO LÓPEZ PORTILLO  
ISAAC PÉREZ ZAMORA  
DONOVAN CASAS PATIÑO  
CIELO REBECA MARTÍNEZ REYES**

## **INTRODUCCIÓN**

**LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA** es el conjunto de prácticas y conductas realizadas por profesionales de la salud que atienden a mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, tanto en el ámbito público como en el privado, que por acción u omisión suponen algún grado de maltrato hacia las usuarias. En el entorno hospitalario las mujeres pueden sufrir alguno de los comportamientos que definen este tipo de violencia: trato deshumanizado, medicalización injustificada y patologización de los procesos naturales asociados al alumbramiento, lo cual socava su autonomía, su capacidad de tomar decisiones y daña sus derechos sexuales y reproductivos, en una etapa en que la mujer es vulnerable, tal como en el embarazo, parto y puerperio. También en revisiones ginecológicas, aborto, fertilización asistida y ocasionalmente en la menopausia. Se trata de un viejo problema transformado en

un concepto novedoso, mismo que permaneció invisibilizado durante mucho tiempo. (Llovera, 2019)

Algunos estudios actuales apuntan a que más de la mitad de los profesionales de la salud desconocen el tema y alrededor de 80% de las usuarias de los servicios de ginecología y obstetricia no conocen los términos violencia obstétrica y maltrato a la mujer en los servicios de salud reproductiva. (Rodríguez, 2021)

La primera vez que apareció el término “violencia obstétrica” fue en *“The Lancet”*, una publicación en inglés en el año 1827 como una crítica a las prácticas ampliamente extendidas en los paritorios de principios del siglo XIX. Este fenómeno fue denunciado durante la década de 1950 en los Estados Unidos y el Reino Unido, en 1958 Schultz publicó el artículo “Crueldad en salas de Maternidad”, un informe de enfermeras y madres sobre la atención abusiva durante el parto que conmocionó al público estadounidense, el maltrato incluyó golpes, lenguaje abusivo, retención de medicamentos y negación del derecho de las mujeres a tomar decisiones informadas. En los 80’s en Brasil y desde inicios del siglo XXI en muchos países parece haber mayor interés en el problema, ya que sufrir maltrato y experimentar un parto traumático puede provocar secuelas físicas y psicológicas, tanto en la mujer como en su hijo. Con el paso de los años, cada vez más personas han tomado conciencia de que la violencia obstétrica existe y han investigado la frecuencia, causas y consecuencias del maltrato a las mujeres embarazadas en los servicios de salud.

Por ser una problemática extendida a nivel mundial, en el 2014 la Organización Mundial de la Salud emitió una declaración para alertar sobre la falta de respeto que recibían muchas mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en los centros de salud. En ella se instaba a erradicar estos comportamientos por considerarlos una violación grave de los derechos de las mujeres, aunque se realice de forma totalmente inconsciente o la lleve a cabo una mujer ginecóloga.

“Una mujer víctima de este tipo de violencia relató cómo algunos médicos hicieron con ella lo que quisieron, como si su cuerpo no le perteneciera. Denunció que desde que quedó embarazada, perdió derechos sobre su propio cuerpo y el

personal a cargo justificó el uso de cualquier práctica médica innecesaria, por muy dolorosa y humillante que pudieran ser, tal como la decena de tactos vaginales, la aceleración de las contracciones del parto con medicamentos o la incisión en el tejido entre el ano y la vagina a los que fue sometida sin su consentimiento explícito, con el argumento que todo se hacía por salvar al feto”.

La violencia obstétrica durante el parto y el maltrato contra las mujeres que buscan atención hospitalaria, pueden ser físicos, en forma de actos no apropiados o no consensuados por la paciente; y psicológicos, como por ejemplo tratar de forma paternalista y humillante a la usuaria. Se trata de graves violaciones de los derechos humanos, así como una forma reconocida de violencia de género, la cual alude a un concepto meramente cultural, porque hombres y mujeres no somos tratados por igual en el marco sociocultural en el que nos movemos, una muestra más de la supuesta «supremacía» de los varones. (García, 2018).

Así pues, la mujer no solo tiene que lidiar con el estrés que le causa la incertidumbre de saber si su hijo por nacer o nacido está o no saludable; también con la vergüenza que implica el verse obligada a exponer su cuerpo desnudo ante personas desconocidas que no cuidan su privacidad ni su pudor; y con los tratos crueles naturalizados en los servicios de ginecología y obstetricia, insertos y practicados como si fueran parte misma de los procedimientos, ya de por sí incómodos y dolorosos.

Ellas, indefensas y en estado de dependencia, sucumben y se entregan de manera irremediable a los tratos, órdenes, terapias y procedimientos que le son impuestos, en un acto de sacrificio y sufrimiento a cambio de bienestar de su hijo, pues también creen con frecuencia que estas situaciones son normales y deben atravesarlas, desconociendo que tienen derecho a ser tratadas con dignidad en su calidad de seres humanos. Al tiempo, las hacen sentir culpables, indignas, promiscuas y hasta delincuentes, como ocurre cuando una mujer solicita interrupción voluntaria del embarazo o consulta por un aborto en curso.

## **¿Cuándo comienza la violencia?**

Realmente, la violencia contra la mujer gestante inicia aun antes de que inicie su embarazo. La falta de oportunidades y limitado acceso a los servicios de información y educación en sus derechos sexuales y reproductivos; cuando no se le permite hacer uso de su derecho a interrumpir embarazos no deseados, a decidir el número de hijos y el tiempo entre los embarazos; ni se le facilita los métodos de planificación familiar y de barrera para evitarlos y prevenir infecciones de transmisión sexual; cuando desconoce que puede recibir asesoría prenatal para planear su embarazo y concebirlo en las mejores condiciones de salud posible. Y cuando ya está embarazada, se le violenta cada vez que se le niega la atención, tratamientos, procedimientos, o estos con se baja calidad; cuando no tiene acceso a los controles prenatales reglamentarios; cuando no se le atienden con diligencias sus comorbilidades o se le posterga la atención de alta complejidad cuando la requiere en cualquiera de las etapas del embarazo, parto y puerperio.

Más atrás, la violencia contra la mujer en gestación inicia desde el momento mismo en que no se le da educación sexual en la familia ni en la escuela, entornos en los cuales, tocar este tema tan importante para la salud integral de las personas es un pecado.

## **Formas y manifestaciones de la violencia obstétrica y sus víctimas**

El término violencia obstétrica sugiere que solo es cometida por médicos especialistas en la atención del embarazo, parto y puerperio; pero dicha expresión abarca a todos los profesionales, técnicos y auxiliares en salud y administrativos que intervienen en los servicios de maternidad, incluido el personal de enfermería y puede tener diferentes manifestaciones: trato grosero, sin calidad ni respeto a los derechos humanos,

información incompleta, inexacta e inoportuna, sin interés notorio en la persona, sus sensaciones y sentimientos, de parte del personal de salud o cualquier funcionario dentro del hospital. (Sesia, 2023)



Fuente: Los autores

Este tipo de violencia contra la mujer es una problemática abordada por La Relatora Especial de las Naciones Unidas al referirse a la violencia experimentada por las mujeres durante el parto en hospitales, y el término maltrato contra la mujer en los servicios de salud reproductiva cuando se refiere a la violencia que se experimenta cuando ellas buscan otras formas de servicios de salud sexual y reproductiva en los centros de salud. Es importante destacar que este término coloca las experiencias, necesidades y deseos de las mujeres al mismo nivel que los de los profesionales de la salud, acorde con la filosofía y modelo de atención obstétrica basado en la comprensión de las experiencias sociales, emocionales, culturales, espirituales, psicológicas y físicas de las mujeres.

Si bien sería deseable colocar estas necesidades y deseos al mismo nivel que el de los profesionales de la salud, la realidad es que en los hospitales subsisten relaciones desiguales de poder por un trato jerárquico deshumanizado que otorga prioridad y poder a los profesionales de la salud por encima de las pacientes. El desequilibrio de poder entre la paciente y el proveedor médico, en el que las mujeres dependen

del "privilegio social de la autoridad médica" del proveedor, también puede resultar en que los proveedores abusen de "la doctrina de la necesidad médica para justificar el maltrato y el abuso durante el parto". (Šimonović, 2019)

Aunque la violencia obstétrica es un problema generalizado que afecta a todas las mujeres en edad reproductiva, se ha demostrado que a mayor vulnerabilidad de la mujer, más humillante tiende a ser el trato; por tanto, afecta de manera desproporcionada a las comunidades rurales marginadas y a los grupos raciales en todos los entornos, en particular a las mujeres indígenas, afrodescendientes y migrantes no regularizadas, quienes frecuentemente sufren abusos, falta de respeto, ofensas y negligencia durante el proceso de atención obstétrica debido al racismo arraigado en los sistemas de salud, de modo que la calidad de la atención se asocia al nivel socioeconómico de la paciente.

En resumen, ser blanca, parir fuera del hospital y ser atendida por una partera es protector; en cambio, ser mujer de grupos minoritarios, menor de 30 años, parir en un hospital atendido por obstetras y ser sometida a cesárea son condiciones que implican mayor probabilidad de sufrir maltrato. (Vedam, 2019)

## **Interseccionalidad en la violencia obstétrica**

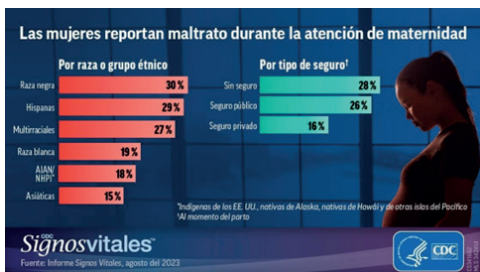
Violencia obstétrica y maltrato son problemas bastante comunes y urgentes de atender. El en todo el mundo es alarmante porque entre el 30 y 50% de las mujeres las han sufrido de una u otra manera, sintiéndose humilladas y vejadas en alguna ocasión cuando han visitado a su ginecólogo o durante el parto.

En una muestra de mujeres españolas 56% había sufrido alguna forma de violencia obstétrica y existen hallazgos similares en diversos estudios de Latinoamérica donde, se halló que las faltas de respeto y maltrato durante el parto y el aborto fueron de 39%. (Tobasía-Hege *et al.*, 2019). De ma-

nera específica en mujeres argentinas se reportó violencia psicológica por trato deshumanizado y falta de información en 79%, violencia física en 40% y sexual en 15%. En las venezolanas la prevalencia de algún tipo de violencia durante la atención del parto fue desde el 26% al 49%.

Asimismo, en brasileñas se encontró algún tipo de violencia obstétrica en 25% y violencia física en 12%. Las norteamericanas también viven esta problemática: 29% reportó discriminación durante la atención de maternidad, las razones más comunes fueron edad, peso, ingresos, raza y grupo étnico. 28% de las mujeres sin seguro o 26% con seguro público recibieron más maltrato al momento del parto que las mujeres con seguro privado 16%. Reportaron las tasas más altas de discriminación 40% de las mujeres de raza negra, 39% de las multirraciales y 37 % de hispanas. Las experiencias de discriminación racial han sido asociadas previamente con las complicaciones en el embarazo. (CDC, 2023)

En Colombia, las cifras son alarmantes, en tanto que se reportó en el 42,2% de las mujeres que tuvieron partos; además, 35,7% experimentaron represión de emociones y amenazas o intimidación, 27,1%. (Universidad Icesi, Universidad Antonio Nariño & Profamilia, 2024)



Fuente: Informe signos vitales CDC 2023

Entre los hallazgos del estudio *Giving Voice to Mothers*, las experiencias de maltrato diferían significativamente por lugar de nacimiento: el 5% de las mujeres que tuvieron su

parto en casa frente al 28% de las mujeres que lo hicieron en el hospital.

Las tasas de maltrato para las mujeres afrodescendientes fueron consistentemente más altas incluso cuando se examinaron las interacciones entre la raza y otras características maternas. Por ejemplo, el 27% de las mujeres de color con NSE bajo reportaron algún maltrato frente al 19% de las mujeres blancas con NSE bajo. Independientemente de la raza materna, tener una pareja que era negra también aumentó el maltrato. (Vedam, 2019)

En mujeres mexicanas de diferentes regiones la incidencia de violencia obstétrica se acerca al 40%, según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica en las Relaciones en los Hogares en 2016 sufrieron violencia obstétrica durante el parto 33% y en la encuesta 2021 el reporte fue de 31%. (ENDIREH – Inegi, 2021)

## **Determinaciones sociales**

Por su elevada carga emocional, el término violencia obstétrica ocasiona malentendidos y conceptos erróneos, se puede interpretar como un acto deliberado de violencia por parte de los proveedores de atención médica, pero a veces el maltrato puede resultar de problemas propios del sistema de salud, falta de capacitación y mala comunicación en lugar de violencia intencional.

La problemática, es más profunda y está enraizada en las estructuras hegemónicas y patriarcales de las institucionales que evidencian las injusticias e inequidades del territorio y que afectan la prestación de servicios hospitalarios de maternidad, como la falta de recursos, sobrecupo, la escasez de personal y de equipo, las malas condiciones de trabajo y la falta de orientación y políticas claras, aunque estas son relevantes, también influyen las actitudes discriminatorias, especialmente los estereotipos de género nocivos sobre la

capacidad de tomar decisiones de las mujeres, su papel en la sociedad y la maternidad. (Šimonović, 2019)

Estos comportamientos son promovidos desde la misma formación del personal que sigue una metodología aprendida y no necesariamente alineada a los derechos humanos, más en su afán de cuidar a la mujer suelen incurrir en prácticas discontinuadas.

Los activistas contra la violencia obstétrica insisten en que su denuncia no debe ser una llamada en contra de las prácticas profesionales del personal de salud, sino una medida para sensibilizar sobre una mala praxis ya sea accidental o voluntaria. Hay legislación contra la violencia obstétrica y el maltrato alrededor de todo el mundo, ya sean directrices internacionales, nacionales y/o locales que se circunscriben más al punitivismo, el castigo penal no repara el daño moral ni genera un avance, solo criminalizan al personal de salud y empeora las condiciones e imagen de las instituciones, como paliativo a causas que realmente no se abordan. (Soto, 2016)

Cuando un médico actúa en forma negligente o imprudente se suman violencia de género y mala praxis médica con lo que se produce violencia obstétrica; no obstante, el personal de salud debe esforzarse en adoptar conductas clínicas más adecuadas y no deben temer cuando se vean sujetos a una denuncia, queja, demanda o consecuencias debido a factores que escapan de su alcance. Esto no justifica el actuar o la conducta violenta del personal hacia las usuarias de ninguna manera, pero han de tomarse medidas contundentes, en tanto que, este tipo de situaciones no se limitan solo a las personas a cargo de los procesos de atención, sino a los procesos violentos en sí mismos.

Algunos autores piensan que la toma de conciencia es tan reciente porque se trata de un tipo de violencia de carácter simbólico que ha sido normalizada incluso por las mujeres embarazadas; pocas están debidamente informadas sobre los derechos humanos y asumen que ser sometida a procedimientos médicos desagradables sin dar su consentimiento explícito o entregar su cuerpo es normal y que no están en

condiciones de exigir sus derechos, o que ciertos tratos denigrantes no son tan malos comparados con otros agravios. Por estas creencias, costumbres y falta de información, la mujer acepta que le impongan un conjunto de prácticas y protocolos de actuación normalizados, no están conscientes de que fueron violentadas y pocas denuncian o no lo hacen por miedo a ser censuradas por exagerar en sus quejas, por tanto, la frecuencia del problema permanece desconocida.

En este sentido, se ha podido determinar que casi la mitad de las mujeres se abstiene de hacer preguntas y hablar sobre sus preocupaciones con su proveedor durante la atención de maternidad. Las razones más comunes incluyeron:

Creer, o que amigos o parientes les hubieran dicho, que lo que estaban sintiendo era normal.

Creer que su proveedor de atención médica pensaría que estaban siendo problemáticas.

No querer darle tanta importancia a eso o sentir vergüenza de hablar de eso.

Creer que su proveedor de atención médica parecía apurado.

No sentirse seguras de saber sobre lo que estaban hablando.

Ejemplos por categoría de violencia obstétrica y maltrato.

Entre las prácticas violentas más comunes por acción u omisión que afectan a las pacientes embarazadas en las diferentes áreas del hospital se han reportado diversas formas y comportamientos generalizados en varios ámbitos:

*Atención inadecuada:* Falta de acceso al parto fisiológico; falta de consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; procedimientos innecesarios; medicalización excesiva del parto; uso de técnicas de aceleración del parto; alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo; obligar a parir en una posición incómoda habiendo otras alternativas.

*Violencia física:* Tactos vaginales realizados por más de una persona; exámenes vaginales clínicamente no relevantes; uso de fórceps y maniobra de Kristeller como prácticas rutinarias; cesáreas sin consentimiento voluntario, expreso e informado; cesárea sin verdadera justificación médica; epi-

siotomía no consentida; algunas intervenciones dolorosas sin anestésicos; y raspaje del útero sin anestesia.

*Violencia psicológica:* Trato infantil, paternalista, autoritario; trato despectivo, humillante; gritos, regaños, amenazas. ¿Fuente?

También, negación del derecho a la atención médica; pérdida de autonomía; trato despersonalizado; ausencia de información; ser ignorada o rechazada; insultos verbales y vejaciones; negligencia y discriminación; desinterés, abandono, prácticas abusivas; no recibir respuesta a las solicitudes de ayuda; retraso en la atención por una conducta inquieta; ofensas, abusos, falta de respeto y estigmatización; no atender eficazmente ni a tiempo las emergencias obstétricas; e impedir el apego precoz del bebé con su madre sin causa justificada.

Ante esta lamentable y cruda realidad, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha instado a los países a través de guías de práctica clínica y normas que propician la transformación de la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar y haciendo del embarazo, parto y puerperio una experiencia positiva.

Al respecto, en el año 2016 esta institución publicó normas para mejorar la calidad de la atención materna y de parto en las instalaciones de salud. El documento identifica siete dimensiones de maltrato que tienen impactos adversos en la calidad y la seguridad: abuso físico, sexual o verbal, discriminación, descuido, mala relación, pérdida de confidencialidad y falta de atención de apoyo (OMS/OPS, 2016), y luego, en 2019 unas recomendaciones relacionadas con los cuidados durante el parto para una experiencia positiva en este proceso, basado en la mejor evidencia científica y adaptable a las particularidades de las poblaciones. (OPS,2019)

Otra iniciativa importante de la OMS en el año 2021 que pareciera dar directrices para el abordaje de la problemática desde el punto de vista estructural es el Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna, acogido por los países miembros, y en el que se establecen seis líneas estra-

tégicas que promueven los derechos humanos y dentro de ellos, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres:

Garantizar la autonomía sexual y reproductiva de las personas en capacidad de gestar.

Fortalecer las redes sociales y comunitarias alrededor de la salud reproductiva y la salud materno-perinatal con perspectiva intercultural y de género.

Mejorar el acceso a las intervenciones individuales y colectivas definidas en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal.

Cualificar las redes institucionales para la gestión de la atención de las gestantes con emergencias obstétricas y los recién nacidos con complicaciones.

Estrategias de información y comunicación para promover el cuidado y la salud materna y neonatal.

Fortalecer la gobernanza y hacer el seguimiento a la implementación del Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna. (OMS, 2024; Minsalud, 2023)

Para el año 2024, se establecieron nuevas acciones para seguir en esta línea, esta vez robusteciendo la atención primaria en salud de mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas. (OPS,2024)

## **Consecuencias**

Sin innumerables las consecuencias del maltrato y la violencia obstétrica no solo en la mujer, sino en su hijo por nacer o nacido, su familia y la comunidad; en cuanto al tiempo, pueden ser inmediatas o tardías; con la gravedad en agudas y crónicas, leves moderadas y severas. Los impactos se asocian con secuelas físicas y psicológicas como trauma en el parto, trastorno de estrés postraumático, depresión posparto, implicaciones negativas en la sexualidad, riesgos exacerbados de complicaciones durante el parto y desconfianza en el sistema de salud, lo que resulta en falta de voluntad para buscar atención médica hospitalaria en necesidades futuras. En tér-

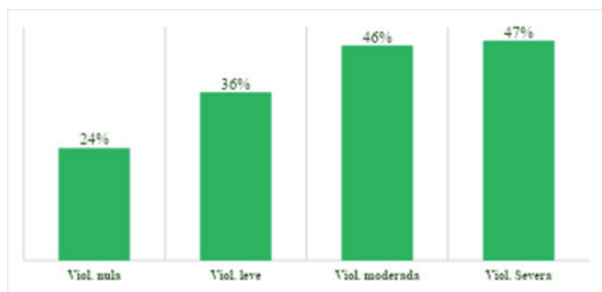
minos más amplios, la violencia obstétrica es una flagrante y grave violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que atenta con su bienestar y su vida y la de su familia. (Laínez Valiente *et al.*, 2023)

## **Resultados de un estudio en la zona metropolitana del valle de México**

Al igual que con todas las formas de violencia, la única manera de erradicarla es nombrarla, definirla, medirla y brindar la oportunidad de mejorar la forma en que los proveedores de salud abordan la atención durante el parto. Para lograr que este cuidado sea libre de violencia, es ineludible implementar investigaciones que visibilicen la violencia obstétrica y el maltrato, de modo que al conocer la magnitud del problema se podrían realizar intervenciones para reforzar la autonomía de las usuarias y planificar programas de capacitación al personal sobre la prevención y vigilancia del respeto a los derechos humanos de las mujeres embarazadas.

Un estudio con enfoque de bioética realizado en un hospital de ginecología y obstetricia del Estado de México indagó la percepción de violencia obstétrica y maltrato en la atención hospitalaria de mujeres embarazadas. Este equipo hizo una contribución importante a nuestro conocimiento de la frecuencia y los factores que aumentan el riesgo de violencia obstétrica y maltrato de las mujeres embarazadas. (Pérez, 2021)

Cerca de 200 mujeres en puerperio mediato respondieron un instrumento validado para identificar la frecuencia de violencia obstétrica que resultó en 36%, más un segundo cuestionario de satisfacción por el trato recibido que permitió establecer que 30% de las mujeres de la muestra sufrieron maltrato, y que la frecuencia del maltrato incrementa a medida que la violencia obstétrica es más severa como se ve en el gráfico 1.



El instrumento de violencia obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio aplicado consta de 20 reactivos y contiene cuatro dominios: violencia en relaciones de poder, violencia del cuerpo femenino, violencia en comunicación, violencia contra los derechos; se compone de veinte reactivos, si la respuesta a cualquier de ellos es “sí”, la mujer fue víctima de violencia obstétrica, en total 36% de las mujeres entrevistadas la sufrieron.

El gráfico 2 muestra los 10 ítems con respuesta “sí” que ocurrieron con mayor frecuencia.

**Gráfico 2.**  
**Frecuencia de componentes de violencia obstétrica.**  
**Durante la atención del parto .**



El instrumento “satisfacción por el trato recibido” calificó a las categorías de médico y enfermería, consta de 15 reactivos para construir un indicador del trato digno y contiene tres dimensiones: en el componente oportunidad en la atención el porcentaje de insatisfechas fue de 38%, en el componente comunicación con el personal fue mala para 9%, en el componente trato recibido del personal de la unidad resultó malo para 4%, finalmente con la calificación total se identificó maltrato en 30% de las embarazadas. Los 10 ítems con respuesta “no” más frecuentes se muestran en el gráfico 3.

**Gráfico 3.**  
**Frecuencia de componentes de maltrato.**



Las áreas del Hospital donde las embarazadas percibieron maltrato fueron admisión, toco cirugía, labor, con menor frecuencia en hospitalización, recuperación, expulsión y quirófano. Las empleadas administrativas de admisión fueron quienes frecuentemente daban mala cara, les negaban la atención y eran apáticas. El concentrado de respuestas para identificar el “concepto respeto” de las embarazadas se ve en el gráfico 4.

**Gráfico 4.**  
**Respuestas a la pregunta abierta ¿Qué es para usted el respeto?**



La percepción de maltrato y violencia obstétrica incrementó entre aquellas mujeres con edad mayor de 30 años, con escolaridad bachillerato o superior, que acudieron en turno nocturno o fin de semana, las que tenían cesárea programada, y las que al final de la entrevista hicieron sugerencias para mejorar el trato en la atención a la salud. Entre tales sugerencias destacan: capacitar a las asistentes de la recepción, vigilar la atención de enfermería, ofrecer orientación, contar con más personal de salud, disminuir trámites burocráticos, que el personal muestre paciencia y tolerancia, capacitar al personal en calidad y en comunicación, supervisar al turno nocturno y a los vigilantes, contar con recursos materiales suficientes.

## **Propuestas con impacto personal y colectivo**

Entre las injusticias históricas por desigualdad de derechos y oportunidades, es desafortunado que la violencia de género contra la mujer embarazada prevalezca en nuestro sistema de salud, manifestada como negligencia médica, mala calidad de la atención, abuso y falta de respeto. Durante el trabajo de parto, las mujeres pueden experimentar miedo, ansiedad, inseguridad y soledad, en especial si no tienen a su lado el apoyo de un acompañante; comúnmente ellas y sus familiares desconocen su derecho a que el médico y la enfermera se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus

convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales de género, de pudor y a su intimidad.

Este complejo entramado que con trasfondo social, político, económico, cultural, educativo y ecológico que se manifiesta en la violencia obstétrica, demanda un enfoque multidimensional multisectorial, multidisciplinario y transdisciplinario para lograr los cambios necesarios que mejoren la cultura de derechos humanos en los servicios de salud materna, sexual y reproductiva. (IMC, 2024). Por ello se propone:

*Sensibilizar y capacitar.* -Se requiere crear conciencia en el personal sobre el posible maltrato a las pacientes obstétricas en el contexto del abuso contra las mujeres en general, también incorporar principios de derechos humanos en las normas, manuales y sistemas de trabajo para cumplir con la prestación de cuidados respetuosos.

*Rendición de cuentas.* -Los responsables de tomar decisiones en los centros de atención materna, sexual y reproductiva deben informar, justificar y responsabilizarse por sus acciones y decisiones ante la ciudadanía, además incluir módulos para que las usuarias denuncien irregularidades del personal y accedan a los mecanismos de reparación del daño.

*Evaluar, prevenir y sancionar el maltrato y la violencia obstétrica.* -Sería apropiado promover la evaluación de la atención e implementar sistemas de monitoreo de conductas inapropiadas tanto en la atención médica como en la de los demás personajes que entra contacto con mujeres, no solo como una cuestión de calidad de la atención, sino una verdadera lucha contra la violencia obstétrica y el maltrato en el contexto de los derechos humanos y reproductivos.

*Diseñar, planificar y desarrollar políticas públicas claras.* -Los problemas estructurales que afectan la prestación de servicios hospitalarios de maternidad son difíciles de resolver, se requiere mejorar la prestación de servicios y asignar suficientes recursos para que el personal de salud brinde la atención prenatal, el parto y el puerperio de manera accesi-

bles, con calidad, centrada en la salud y bienestar de la mujer embarazada y su bebé.

*Fortalecer las redes de apoyo.* -En cuanto a la responsabilidad social, se requiere la participación activa de la familia, comunidad y de los sistemas de salud.

*Garantizar una atención digna y respetuosa.* -Que el personal que atiende mujeres durante el embarazo, parto y puerperio lo haga de manera profesional, imparcial, libre de violencia y maltrato, centrada en la paciente, que le aseguren el consentimiento informado, respeten la dignidad y la confidencialidad, en un marco ético hacia un cambio sistémico que prevenga cualquier maltrato o abuso en los hospitales.

*Potencializar las capacidades de la mujer en la toma de decisiones.* -La comunicación educativa para que la mujer se dé cuenta que es titular de derechos, esté preparada y sea capaz de elegir entre diferentes opciones, como el lugar donde le conviene atenderse y elegir el personal clínico de su confianza, es tarea del personal de salud, colectivos feministas y redes sociales, pero la cultura ciudadana en los derechos incumbe a toda la sociedad.

*Proveer habilidades de conocimiento a los alumnos y a los profesionales de la salud.* -Los futuros profesionales y el personal operativo de los servicios de obstetricia y la ginecología deben tener los conocimientos y herramientas para hacer frente a la violencia obstétrica y el maltrato.

*Programas de detección de la violencia obstétrica y maltrato.* -Aplicar protocolos que no resulten invasivos, dolorosos ni arriesgados para la embarazada y que los partos reciban un trato respetuoso y humanizado.

*Reconocimiento de la existencia de violencia obstétrica y maltrato en los hospitales.* -Aceptar su presencia en nuestro sistema de salud es el primer paso para lograr una sociedad más justa, equitativa y democrática.

## COMENTARIOS FINALES

En esta revisión se reconoce un grave problema en nuestro sistema de salud, aun cuando existe un marco jurídico que protege a las mujeres, cada vez hay más denuncias de casos de violencia obstétrica y maltrato tanto en los servicios de salud públicos como en los privados, eventos que producen un alto grado de sufrimiento.

Si bien es cierto que los profesionales de la salud pueden tomar medidas para hacer que las pacientes se sientan respetadas, comprendidas y valoradas mientras las atienden; y desde el punto de vista ético es mandatorio reflexionar sobre la conducta de respeto hacia los derechos fundamentales de la mujer como persona, apoyarla en su gestación y parto y posparto; también lo es que las condiciones de infraestructura, equipos, suficiencia de personal, oportunidades de formación y condiciones laborales, deben ir en consonancia con el ofrecer las condiciones para que la atención que se brinde propenda por la garantía de tales derechos.

Quienes están en contacto con las usuarias deben ser formados, no solo en la parte técnica e instrumental que implica la gestación, parto y posparto; sino también en habilidades blandas que les ayude a la comprensión de los aspectos emocionales del parto, que posibiliten cambios de actitud y favorezcan la atención de calidad centrada en la persona aún sin necesidad de cambios de estructura. La formación sobre el cuidado respetuoso debe ser obligatoria y regular tanto en los planes de estudio universitarios en el pregrado como en la educación continua, que incluya principios de derechos humanos, enfoque de género y la eliminación de la violencia obstétrica y maltrato contra las mujeres en los servicios de maternidad de centros hospitalarios públicos y privados.

Lo anterior implica transformaciones no solo en los sistemas de atención en salud, sino también en los educativos y de trabajo, mediante la voluntad de los Estados, quienes deben garantizar el derecho a la vida, a través de la desmercantilización de los servicios y procura de condiciones que faciliten la justicia social.

## Bibliografía

**Llobera Cifre, R., Ferrer Pérez, V., Chela Álvarez, X. (2019).**

Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investigaciones feministas*, 10(1): 149-184. <http://dx.doi.org/10.5209/INFE.60886>

**Rodríguez, J., Martínez, A. (2021).**

La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*. Volume 35, Issue 3, May–June 2021, Pages 211-212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>

**García, E. (2018).**

*La violencia obstétrica Como violencia de Género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales* [Tesis doctoral en ciencias humanas, Universidad Autónoma de Madrid]. (Recuperado 17 de julio de 2025, de [www.repositorio.uam.es](http://www.repositorio.uam.es))

**Sesia, P. (2023).**

*Violencia obstétrica en México: Un balance - CIESAS-Pacífico Sur Reunión Nacional CECAMET*. (Recuperado 16 de julio de 2025, de [www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx))

**Šimonović, D. (2019).**

*El nuevo informe de la Relatora Especial aborda los abusos en la atención de la salud reproductiva*. (Recuperado 11 de julio de 2025, de [www.docs.un.org/es/A/74/137](http://www.docs.un.org/es/A/74/137))

**Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N. (2019).**

The Giving Voice to Mothers Study: Inequity and abusetreatment durante el embarazo y el parto en los Estados Unidos. *Salud Reproductiva*, 16, 77. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>

**Comunicados de salas de prensa de los CDC. (2023, 22 de agosto).**

*Una de cada 5 mujeres reportó maltrato mientras recibía atención de maternidad. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades*. (Recuperado 14 de julio de 2025, de [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov))

**INEGI. (2022).**

Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021: *ENDIREH: Informe operativo*. Inegi.(Recuperado 12 de julio de 2025, de [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx))

**Soto Tussaint, L. (2016).**

*Violencia obstétrica. Aspectos médico-legales en la Práctica de la anestesia.* 39 (Supl.1): S55-S60

**Lothian, J. (2019).**

El maltrato continuo de las mujeres durante el embarazo y el parto. *The Journal of Perinatal Education*, 28(4):183-185. [https://doi:10.1891/1058-1243.28.4.183](https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.4.183)

**Pérez, I. (2021).**

*Asociación entre trato digno y violencia obstétrica durante el trabajo de parto en embarazadas atendidas en un Hospital de Gineco Obstetricia* [Manuscrito no publicado IMSSI.

**ICM. (2024).**

Declaración. Violencia obstétrica, maltrato y violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva. *Derechos Humanos, Maternidad Respetuosa*. [cited 2024 Nov 22]. Available from: <https://international-midwives.org/resources/obstetric-violence-and-mistreatment-and-violence-against-women-in-reproductive-health-services/>

**Laínez Valiente, N.G., Martínez Guerra, G.A., Portillo Najarro, D.A., Alvarenga Menéndez, A.F., Vélez Flores, A.M. (2023).**

Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta*. 2023;6(1):70-77. DOI: 10.5377/alerta.v6i1.15231

**Ministerio de Salud y Protección Social. (2023).**

Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna. 4 *Minsalud*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-reduccion-aceleracion-mssp.pdf>

**Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (2016).**

*Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. OMS.

**Organización Mundial de la Salud. (2024).**

*Acelerar los progresos hacia la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil para alcanzar las metas 3.1 y 3.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. OMS. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB154/B154\\_CONF4-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB154/B154_CONF4-sp.pdf)

**Organización Panamericana de la Salud. (2024).**

*Estrategia para acelerar la reducción de la mortalidad materna en la Región de las Américas, basada en la Atención Primaria de Salud*. OPS. <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-07/estrategia-para-acelerar-reduccion-mortalidad-materna0.pdf>

**Organización Panamericana de la Salud. (2019).**

*Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. OMS. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

**Tobasía-Hege, C., Pinart, M., Madeira, S., Guedes, A., Reveiz, L., Valdez-Santiago, R., et al. (2019).**

Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e36.  
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>

**Universidad Icesi, Universidad Antonio Nariño, & Asociación Profamilia. (2024).**

Informe de resultados Encuesta Nacional de Parto y Nacimiento. *Google Docs*.  
[https://drive.google.com/file/d/18HhUyCnC6m9pimezs2grZsncCOP-10f\\_/view?usp=embed\\_facebook](https://drive.google.com/file/d/18HhUyCnC6m9pimezs2grZsncCOP-10f_/view?usp=embed_facebook)

# **Territorios y Violencias en el área de la Salud: “Propuestas sostenibles e intersectoriales para el cuidado de la salud en los territorios”**

**Coordinadores**

**Alejandra Rodríguez Torres**

**Ernesto Licona Valencia**

**Donovan Casas Patiño**

**Cielo Rebeca Martínez Reyes**



**Castellanos  
editores  
digital**

Primera Edición: Enero 2026  
Diseño de portada: María Elisa Salazar Moya

© Alejandra Rodríguez Torresl  
© Ernesto Licon Valencia  
© Donovan Casas Patiño  
© Cielo Rebeca Martínez Reyes  
© Castellanos editores, S.A. de C.V.

ISBN: 978-607-5923-29-1

Todos los derechos reservados. Se permite la reproducción de la presente obra, por cualquier medio impreso, electrónico, auditivo, con la autorización por escrito de los editores y el titular de los derechos y citando la fuente.

**Impreso en México**