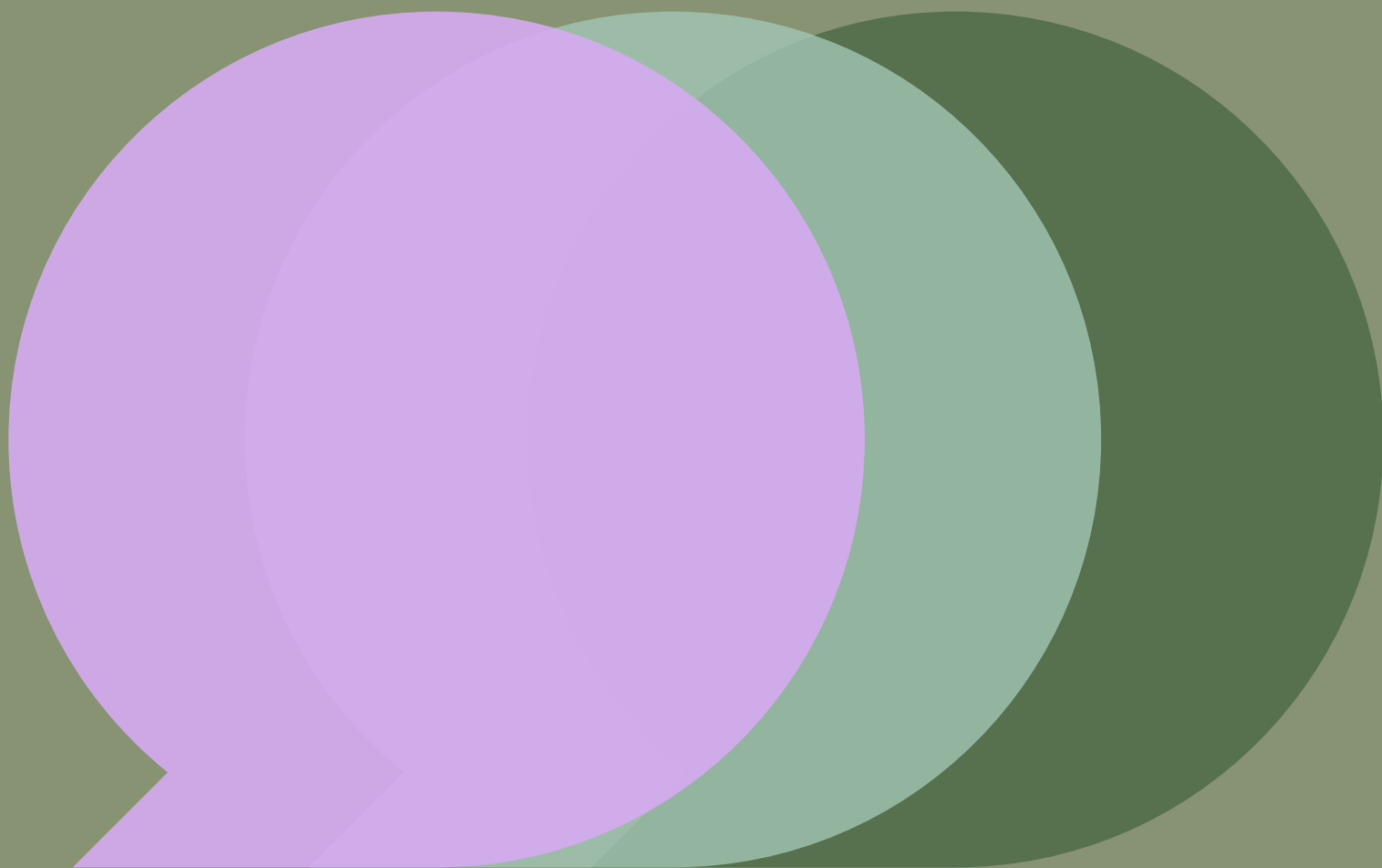




RESULTADOS DEL TALLER

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

DIÁLOGOS INTERDISCIPLINARIOS ENTRE ACADEMIA, ACTIVISMOS Y PROFESIONALES DEL CUIDADO



Este taller se llevó a cabo el 10 de junio de 2025 en las instalaciones del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, convocado por la asociación civil Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM y la Universidad de Oxford. El diseño metodológico y la facilitación estuvieron a cargo de Colmena Consultoras.

El objetivo del encuentro era conocer las perspectivas sobre la violencia obstétrica por parte de profesionales involucrados en la atención de la salud sexual y reproductiva en México. Se trabajó mediante una estrategia participativa y mesas de diálogo que abordaron la conceptualización, los alcances y los desafíos de esta temática, así como las posibilidades y estrategias para prevenirla y eliminarla.

Para favorecer una participación multidisciplinaria y garantizar la representatividad de los distintos subsistemas de salud —público, privado y social—, se realizó una convocatoria a partir de la estrategia “bola de nieve”. Para este primer taller, la invitación se circunscribió a la Ciudad de México y su zona metropolitana.

En total, se contó con la asistencia de 39 participantes, quienes se integraron en cuatro mesas de trabajo para el desarrollo de este ejercicio. Los perfiles de estos grupos sirven como referencia para analizar los resultados que se presentan a continuación, pues muestran los ámbitos profesionales desde los que las personas participantes realizaron sus aportes y reflexiones:

Grupo 1	Personas médicas especialistas en ginecobstetricia (de los sectores público, social y privado).
Grupo 2	Enfermeras obstetras , parteras profesionales y pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia, enfocadas sobre todo en el primer nivel de atención y en el comunitario.
Grupo 3	Enfermeras especialistas perinatales y profesionales del ámbito gerencial vinculadas con la atención a la salud reproductiva y la prevención de la violencia en el segundo y tercer nivel de atención.
Grupo 4	Personas tomadoras de decisiones en el sector salud y en la formación de recursos humanos en salud.

El evento resultó en una nutrida participación de profesionales de la salud con diferentes perfiles y ámbitos de trabajo, quienes compartieron sus experiencias y perspectivas sobre las complejas áreas de oportunidad y los cambios que requiere el Sistema Nacional de Salud para garantizar una atención obstétrica respetuosa de los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar, así como de sus familias y comunidades.

Esta interacción evidenció una gran diversidad de conocimientos y opiniones sobre la violencia obstétrica, incluso entre personas con un mismo perfil profesional o ámbito laboral. Asimismo, permitió reconocer las manifestaciones y consecuencias que este concepto busca visibilizar. Por último, mostró un avance en la disposición del personal de salud para el diálogo y la autorreflexión en torno al fenómeno y sus causas, así como respecto a las condiciones estructurales e institucionales que lo generan y reproducen.

Los resultados brindan una aproximación diagnóstica a las narrativas del sector salud sobre la violencia obstétrica, confirman la importancia de nombrar este fenómeno y muestran sus limitaciones e implicaciones. Desde una mirada al contexto actual, es posible identificar aquellas manifestaciones que persisten a pesar de las estrategias de visibilización e intervención que se han implementado, así como los nuevos desafíos y las oportunidades de cambio que se abren en el corto plazo.

Conceptualización de la violencia obstétrica

Todas las personas participantes definieron la violencia obstétrica de manera similar: **es aquella ejercida a través de actos u omisiones durante el proceso de atención de la persona gestante, que tiene repercusiones físicas, psicológicas o sociales en ella e, incluso, en la persona recién nacida.** Asimismo, la ubicaron en la **intersección entre la violencia de género y la violencia institucional**, con referencias a las condiciones estructurales o institucionales que favorecen su ocurrencia.

Al pedir que se mencionaran otros conceptos vinculados con la violencia obstétrica, se refirieron a aquellos que forman parte de definiciones académicas, como **institucionalización, medicalización, asimetría de poder, maltrato**, uso de lenguaje inapropiado o violento, entre otros. En particular, el grupo de enfermeras y parteras destacó que la violencia obstétrica es una experiencia vivida, con raíces profundas ancladas a determinantes socioculturales, por lo que se asocia con otros conceptos igual de complejos: culpabilización, jerarquía, cuerpo sustraído, vulneración, castigo o despojo.

Se realizaron cuestionamientos sobre la tendencia a focalizar el fenómeno en dos sentidos. El primero, cuando se centra en el personal de salud —en particular en el personal médico— como responsable directo de estos actos u omisiones. El segundo, cuando se limita a la atención del trabajo de parto y el parto, dejando de lado otros procesos relacionados con la salud sexual y reproductiva. Estos abordajes suelen invisibilizar formas más sutiles o normalizadas de violencia, además de omitir el papel que desempeñan

la sociedad, las familias y las comunidades en su reproducción. Como consecuencia, se afectan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y se incrementa su vulnerabilidad al interactuar con los servicios de salud.

También se planteó que si bien existen diferentes definiciones de violencia obstétrica —jurídicas, académicas, con enfoque de derechos humanos y otras propuestas desde la sociedad civil—, persisten limitaciones importantes para llevarlas al ámbito operativo y lograr un cambio sustantivo.

Con respecto a las implicaciones de emplear el término de violencia obstétrica en los contextos laborales y profesionales, la mayoría de los grupos, excepto el de las enfermeras y parteras, señaló aspectos positivos y negativos similares.

Implicaciones positivas	Implicaciones negativas
* visibilizar el fenómeno * empoderar a las personas * mejorar la calidad de la atención * avanzar en la garantía de los derechos humanos de las mujeres y personas con capacidad de gestar	* riesgo de criminalización * señalamientos y estigma * judicialización que derive en un ejercicio defensivo de la medicina * invisibilización de la falta de recursos materiales o humanos

Las parteras y enfermeras no indicaron aspectos negativos o positivos; en cambio, explicaron que en su práctica profesional las implicaciones son diferentes y singulares. Ellas se reconocen como una opción alternativa de atención elegida por mujeres que quieren evitar experiencias de violencia obstétrica. Por ello, se asumen como profesionales involucradas de forma activa en erradicar el fenómeno, ya sea como acompañantes, testigos o alternativa de atención. Sin embargo, agregaron que la decisión de las mujeres de acudir con una partera o enfermera obstetra puede convertirse en motivo de discriminación, culpabilización o señalamiento dentro de los servicios de salud:

Quando nombramos la violencia, quando le hacemos frente, se nos violenta de regreso. Nos pone en un lugar vulnerable entre las mujeres y las instituciones, nos genera frustración y cansancio. La violencia obstétrica puede ser tan amplia que a las parteras nos vuelve cómplices cuando laboramos dentro de las instituciones. Hacer evidente la violencia obstétrica y nombrarla, es sinónimo de incomodar, ser alarmistas y tiene repercusiones. Cuando las mujeres se atienden con parteras reciben castigos, se radicaliza la violencia hasta el punto de condicionar la atención, se producen diagnósticos equivocados y abordajes inadecuados, incluso asustan a las usuarias hasta el grado de mentir sobre su diagnóstico para culpabilizar a las usuarias por atenderse con parteras.

El posicionamiento colectivo de este grupo también abordó la manera en que la biomedicina como modelo hegemónico normaliza la violencia, y cuando el personal médico propone cambios en el paradigma de atención obstétrica o intenta brindar atención de otro modo, son ridiculizados, hostigados y violentados por sus colegas, superiores o por las instituciones.

Tipología de la violencia obstétrica: actos, omisiones y condiciones

La metodología empleada en este apartado tuvo como objetivo identificar los actos, omisiones y condiciones que generan violencia obstétrica en los servicios de salud y que suceden de manera cotidiana, aun cuando no exista consenso sobre su definición y uso o sobre las limitantes en su operacionalización. Asimismo, se buscó profundizar en la reflexión sobre la relevancia e impacto de este fenómeno, así como en los factores que permiten su aparición.

Para ello, se seleccionaron algunas manifestaciones que forman parte de la amplia tipología de violencia obstétrica documentada en revisiones sistemáticas e investigaciones empíricas de autores como Warren *et al.* (2013), Bohren *et al.* (2015) y Kruk *et al.* (2018).¹

a) Falta de respeto y abuso

Con excepción de dos personas, todas las participantes habían presenciado o experimentado alguna de las situaciones que ejemplifican esta categoría. El primer elemento identificado es el uso del lenguaje ofensivo, amenazante o alusivo a la vida íntima de las personas, caracterizado por frases como las siguientes:

“¿Así gritaba cuando lo hizo?”
“Te vas a ir a la cárcel por homicidio, porque eso es lo que estás a punto de hacer si abortas”.
“Son animales que se reproducen”.
“Opérese, o sus hijos me van a asaltar luego”.
“Puje, o se va a morir su bebé”.

Estas expresiones evidencian la desubjetivación o despersonalización y la falta de pertinencia sociocultural. También existen ejemplos de discriminación y amenaza, categorías que se abordarán más adelante.

1 Warren, Ch. *et al.* “Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya”, *BMC Pregnancy and Childbirth* 13(21) (2013), <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-21> Bohren M. A. *et al.*, “The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review”, *PLOS Medicine* 12(6) (2015), <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847> y Kurk, M. E. *et al.* “Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey”, *Health Policy and Planning* 33(1) (2018): e26–e33, <https://doi.org/10.1093/heapol/czu079>

La reflexión en torno a las causas o factores que predisponen a este tipo de situaciones abordó diversos elementos, que pueden dividirse en dos grupos. Por una parte, los elementos **de orden simbólico y sociocultural, que incluyen prejuicios, valores, estereotipos y normas de género**, como:

- * Juicios de valor y estigmatización.
- * Castigo al ejercicio de la sexualidad femenina, siendo el embarazo la evidencia de su concreción.
- * Ausencia de inteligencia emocional.
- * Supuestos sobre las personas e invalidación de sus discursos.

Por otro lado, aquellos **de carácter objetivo, vinculados a la estructura y organización del sistema de salud**, en donde destacan:

- * Falta de capacitación y sensibilización.
- * Funciones mal delimitadas o sin definir.
- * Deficiencias en la planeación, organización y supervisión de los servicios.
- * Protocolos basados en las necesidades del personal o de la institución, no de las mujeres.

b) Falta de consentimiento

Todas las personas participantes identificaron que existen omisiones en el consentimiento informado y ausencia de procedimientos adecuados para brindar información sobre riesgos y beneficios de los procedimientos o intervenciones, así como alternativas a los mismos. Esto limita la toma de decisiones libres e informadas sobre el propio cuerpo y la salud.

En cuanto a las fallas en el proceso de consentimiento, se señaló el uso de lenguaje técnico-médico, metafórico o inespecífico por parte del personal de salud, lo que impide que las personas usuarias comprendan por completo lo que firman. También se registraron omisiones graves, como la esterilización quirúrgica sin el debido consentimiento, sobre todo en mujeres y adolescentes con discapacidad, aun cuando se ha proscrito esta práctica.

Entre las experiencias relatadas por el grupo de parteras y enfermeras, destacan la **omisión sistemática del consentimiento verbal** antes de realizar exploraciones físicas o vaginales y previo a la administración de misoprostol para inducir o conducir el trabajo de parto. Se advirtió que esto podría deberse a que se consideran procedimientos rutinarios en la atención obstétrica. También se identificaron malas prácticas en ese sentido durante la atención del trabajo de parto, como ofrecer métodos anticonceptivos cuando la mujer está en fases avanzadas del parto o colocar un dispositivo intrauterino en el posparto inmediato y solicitar la firma del consentimiento después del procedimiento.

El grupo de especialistas en ginecobstetricia comentó dos ejemplos paradigmáticos. El primero se relaciona con la falta de información en general, reflejada en la omisión de ofrecer una prueba de detección de VIH a una mujer durante la atención prenatal. Dicha prueba, que se le aplicó hasta su ingreso para la atención del parto, resultó reactiva; sin embargo, no hay información sobre un seguimiento de la salud de la mujer ni de la persona recién nacida. Este caso también puede considerarse como una negligencia, ya que las guías de atención prenatal establecen la obligatoriedad de brindar consejería y una prueba de detección de VIH a todas las mujeres embarazadas o personas gestantes, así como de asegurar un seguimiento prioritario en el periodo posnatal.

El segundo ejemplo se refiere al proceso de consentimiento informado en relación con las elevadas tasas de cesáreas en el país, sobre todo en el sector privado, donde suele afirmarse que la decisión corresponde a las personas usuarias, incluso cuando no hay una justificación clínica para resolver el embarazo por esa vía. **Frente al argumento de que la elección forma parte del principio de autonomía, surge la duda sobre si esta decisión va siempre acompañada de un proceso adecuado de información y consentimiento**, que incluya evidencias sobre los riesgos asociados a la cesárea y los beneficios del parto vaginal.

Las causas asociadas a estas fallas en el proceso de consentimiento informado fueron:

- * Ignorancia y prejuicio.
- * “Comodidad” del personal vinculada con falta de ética profesional.
- * Información desactualizada o no proporcionada.
- * Falta de continuidad en la atención (el grupo enfatiza que, “si hubiera continuidad no habría necesidad de pedir consentimiento en el trabajo de parto”).
- * Modelo de atención enfocado en acortar tiempos (el grupo considera que se trata de “una falsa eficiencia”).
- * Sobrecarga laboral, estrés y ansiedad que afectan la calidad de vida y el desempeño profesional.

En conjunto, estos factores dan cuenta de la interacción entre la medicalización, la burocratización y la lógica administrativa que subyacen a la atención y el encuentro clínico.

c) Falta de confidencialidad

Con excepción de una persona, todos los grupos reconocieron omisiones a la confidencialidad y privacidad de las personas usuarias en los servicios de salud, con aspectos que destacan por su frecuencia y cotidianidad, como:

- * Mantener a las pacientes descubiertas durante las revisiones.
- * Dejar las cortinas abiertas en las salas de labor.
- * Atender a todas las personas en un mismo cuarto.

- * Explicar diagnósticos o procedimientos a familiares en la sala de espera, sin privacidad.
- * Realizar partos frente a muchas personas.
- * Efectuar múltiples exploraciones o exponer el cuerpo de las pacientes de manera innecesaria con fines de aprendizaje en hospitales escuela.
- * Usar a una paciente como ejemplo frente a otras.

Estas situaciones muestran la relación entre la falta de consentimiento y de confidencialidad, por ejemplo, cuando varios estudiantes realizan exploraciones físicas a una mujer sin su autorización o solicitándola una sola vez. Destaca el caso de una mujer que, después de que varias personas le realizaron un tacto, comentó abiertamente haberse sentido violada. En relación con esto, algunas definiciones de violencia obstétrica incluyen la violencia sexual como una de sus manifestaciones, algo que la comunidad médica suele rechazar. Si bien este tema requiere de un análisis más profundo, puede decirse que, aunque no exista intencionalidad, se trata de una acción innecesaria e injustificada sobre el cuerpo y la intimidad de la persona, con un impacto significativo en su experiencia.

Finalmente, el grupo de especialistas hizo énfasis en algunas prácticas que antes estaban indicadas en las guías clínicas o procedimientos administrativos y que algunos profesionales aún no han modificado ni cuestionado. Por ejemplo, preguntar por la edad de inicio de la vida sexual o el número de parejas sexuales en la historia clínica, que son datos que no aportan información específica sobre factores de riesgo, sino que reflejan prejuicios y prenociones. Otro ejemplo es el de registrar en la hoja de egreso o resumen clínico la aceptación de un método anticonceptivo: “*puerperio fisiológico + recién nacido vivo + colocación de DIU*”. El argumento para hacerlo es la directriz orientada a medir la productividad del servicio o de la institución, sin embargo, es necesario consultar a la mujer si prefiere que esa información se mantenga privada en su expediente.

En este caso, y de modo similar a otras manifestaciones, **la falta de confidencialidad se asocia con la adopción de rutinas, la persistencia de una infraestructura inadecuada y prácticas obsoletas de enseñanza clínica, agravadas por la escasa comunicación, la ausencia de empatía y una atención que no se centra en las necesidades de las personas.**

d) Discriminación

La discriminación es el trato desigual e injusto hacia una persona o grupo, basado en prejuicios y estereotipos, que afecta sus derechos humanos. Aunque estas prácticas en sí mismas deben erradicarse, son relevantes en el análisis de las manifestaciones de la violencia obstétrica por su intersección con otros factores y determinantes, como los que se reflejan en las siguientes experiencias compartidas por los grupos:

Un hombre trans que va a dar a luz llega al hospital y preguntan: “¿se atiende en pabellón de hombres o de mujeres?”, ante los argumentos del personal se trató en el área de cirugía general.

Las mujeres más afectadas son las personas y familias indígenas, las muy jóvenes o más grandes, mujeres en situación de calle y mujeres con discapacidad o diversidad funcional; las llaman “la gorda”, “la adicta”, “la que huele mal”.

Una mujer embarazada estaba hospitalizada con un producto en presentación pélvica, situación que habitualmente justifica hacer una cesárea. Sin embargo, el procedimiento se demora una semana porque pesa 140 kg y los servicios de ginecología y anestesiología se negaban a hacer el procedimiento en sus turnos por el riesgo de complicación.

Se negaron los servicios a una mujer migrante con un embarazo por violación.

En un hospital que atiende a población indígena maya, no les permitían el uso de su idioma.

Además de visibilizar la discriminación por género, edad, pertenencia a grupo étnico, condición de salud o situación de migración, entre otras condiciones, se reconoció el vínculo con aspectos estructurales como el machismo, el racismo y la segregación, que se reproducen tanto en los entornos médicos como en la sociedad en general. Las personas participantes coincidieron en que estas formas de discriminación no solo afectan

la aceptabilidad de los servicios de salud, sino que también derivan en su negación y en barreras que los vuelven inaccesibles.

La discriminación es un fenómeno sociocultural complejo para el cual las personas participantes no lograron delimitar causas o factores asociados a su ocurrencia sistemática en los servicios de salud. Al respecto, se enunciaron algunos factores que dificultan implementar intervenciones específicas para erradicarla, como la escasez de recursos humanos y materiales, la ausencia de personal especializado, la falta de voluntad política y el temor a desenlaces adversos como la muerte materna. También influye la incertidumbre legal y jurídica en casos de aborto o violencia, lo que refleja un desconocimiento de las políticas públicas y los marcos de derechos humanos entre el personal de salud.

e) Amenaza o coerción

Aunque estos términos se asocian con formas graves de violencia que, en ciertos contextos, pueden tipificarse como delito, en los procesos de atención suelen ser **prácticas normalizadas o legitimadas. Se trata de expresiones del biopoder, es decir, del poder-saber ejercido por la biomedicina —entendida como institución, más que como persona en singular—** sobre los cuerpos, las personas y las poblaciones.

Por ello, no sorprende que sea en los ámbitos de la planificación familiar y la anticoncepción donde se expresan con mayor frecuencia actos de amenaza o coerción. Entre los ejemplos que fueron mencionados están la presión para aceptar un método con frases como: *“tiene mucho riesgo para un siguiente embarazo”* o *“hasta que no lo acepte no se puede ir del hospital”*. También se reportaron casos en sentido contrario, como la negativa a ofrecer un método quirúrgico permanente por razones como ser joven, no tener descendencia o “tener un solo hijo”. Por lo general, estas prácticas responden a metas institucionales de cobertura que generan presión sobre el personal de salud, pero también reflejan construcciones socioculturales, como el machismo, el paternalismo, la asimetría de poder y la hegemonía médica, que persisten tanto en las relaciones interpersonales como en el diseño e implementación de ciertas políticas y normativas.

Estos factores también producen otras formas inadecuadas de interacción entre el personal de salud y las personas usuarias. Un ejemplo es cuando advierten de un riesgo de daño al producto con el objetivo de acelerar la aceptación de procedimientos o intervenciones, sin dejar espacio para el cuestionamiento o la reflexión. Esta práctica afecta de forma directa el adecuado proceso de consentimiento informado.

f) Abandono o negación

El abandono o negación no solo se refiere a situaciones de ausencia total de atención, sino también a la omisión de elementos esenciales para garantizar la calidad del servicio, como brindar atención sin demoras injustificadas o asegurar el acceso a la mejor evidencia

disponible y a la tecnología adecuada. Esto se muestra en los siguientes casos:

- * Negar el aborto seguro con medicamentos y realizarlo con legrado intrauterino.
- * Retrasar la atención de mujeres con pérdidas gestacionales.
- * Impedir el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto.
- * Realizar procedimientos como la oclusión tubárica bilateral (OTB), la revisión de cavidad o la sutura sin anestesia.
- * No facilitar métodos para el manejo del dolor.
- * No detectar complicaciones a tiempo por falta de seguimiento.
- * Ignorar síntomas o minimizarlos.
- * Retrasar o demorar la atención como castigo: “Se atendía con partera, ¡que se aguante!”

Estos actos y omisiones son inadmisibles y francas violaciones del derecho a la salud; sin embargo, se requiere analizar el contexto en que suceden y las condiciones institucionales, antes que atribuirse solo a la responsabilidad individual del personal de salud. Por ejemplo, **negar el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto puede ser consecuencia de una política institucional o de normas oficiales de infraestructura hospitalaria que requieren de actualización, aunque sea el personal de salud quien las aplica.** Otras acciones, como el retraso de la atención ante una pérdida gestacional, podrían explicarse por situaciones de saturación hospitalaria o emergencias obstétricas. Sin embargo, estos factores no justifican el abandono o la falta de medidas de atención y cuidados mientras se resuelve la situación.

Las omisiones asociadas con la discriminación, el dolor como castigo corporal y otras formas de violencia estructural reproducidas en el ámbito médico requieren de acciones en distintos niveles, desde la sensibilización y capacitación del personal, hasta la revisión de marcos normativos y operativos que permitan prevenirlas y eliminarlas. Estas medidas deben atender las múltiples causas y condiciones que las favorecen, como son: desconocimiento técnico, falta de pericia, escasa empatía, carencia de ética profesional, deshumanización, preparación insuficiente para brindar acompañamiento y ausencia de criterios claros de priorización, entre otras. Al respecto, las personas participantes destacaron la relación entre estas situaciones y la escasez de personal, así como con las indicaciones que provienen de niveles superiores y determinan ciertas acciones del personal que está en contacto directo con las personas usuarias.

g) Negligencia o mala práctica

Los casos de negligencia y mala práctica suelen ser más visibles cuando derivan en muerte materna o perinatal, o bien, por las morbilidades y secuelas que generan. Son los que, con mayor frecuencia, se presentan por vías no jurisdiccionales, como las quejas médicas.

No obstante, el concepto de violencia obstétrica ha buscado visibilizar otras prácticas que, aunque no conllevan complicaciones graves inmediatas, afectan la calidad de vida, la autonomía corporal y el derecho a recibir atención con base en la mejor evidencia disponible. Entre ellas, se encuentran la persistencia de prácticas de rutina o que ya no se recomiendan en las guías de práctica actualizadas, como la cesárea sin justificación clínica, la limpieza o revisión de la cavidad uterina y la maniobra de Kristeller, entre otras.

Estas situaciones son especialmente complejas de analizar, porque suelen estar respaldadas por justificaciones médicas o institucionales que las vuelven viables, como la saturación de los servicios, la falta de insumos o el tiempo limitado para la atención. Además, de acuerdo con lo señalado por los grupos, otros factores que contribuyen a la ocurrencia de estas prácticas son:

- * La negativa a apegarse a las guías de práctica clínica.
- * La comodidad del personal médico.
- * La falta de información.
- * El desconocimiento o la desvalorización de otros modelos y espacios de atención.
- * Las disputas de poder y saber.
- * La coerción ejercida por grupos mayoritarios dentro del personal de salud o que tienen más poder.

Estos ejemplos visibilizan rasgos de la biomedicina entendida como cultura, así como ciertas nociones sobre los riesgos de salud que reproducen formas de vulneración de los derechos sexuales y reproductivos, y de la autonomía corporal. A la vez, evidencian que la estructura jerárquica y autoritaria también puede generar formas de violencia sistemática hacia el propio personal de salud.

Propuestas y alternativas para el abordaje de la violencia obstétrica

Dado que la violencia obstétrica se manifiesta de múltiples formas y obedece a diversas causas y factores, la respuesta necesaria también debe contemplar distintos niveles de intervención.

En el ámbito de la formación, destaca la necesidad de actualizar los modelos educativos incluyendo elementos transversales, como habilidades de comunicación, prevención de la violencia, perspectiva de género, bioética y ética profesional, así como marcos legales, normativos, políticas públicas y derechos humanos. Para ello, es necesario mejorar la regulación y las prácticas de los hospitales-escuela, eliminar las formas de violencia en la formación de estudiantes y residentes, así como promover prácticas colegiadas y procesos de inducción laboral desde el ingreso a los espacios clínicos.

Con respecto a la formación de personal no médico especializado en atención obstétrica —como enfermeras, enfermeras obstetras, enfermeras perinatales y parteras profesionales—, se destacó la necesidad de fortalecer la integración de equipos multidisciplinares. También se propuso incorporar estos perfiles en posiciones de liderazgo y como docentes dentro de sus propias disciplinas, reconociendo el valor de su enfoque y experiencia en la atención de los casos de bajo riesgo y en la comprensión profunda de los procesos fisiológicos.

El grupo de especialistas en ginecobstetricia focalizó sus propuestas en la importancia de incluir, como parte obligatoria de la asignatura de ginecobstetricia y del internado de pregrado, la atención del parto humanizado y respetado. También subrayaron la necesidad de fortalecer el conocimiento sobre la violencia de género como un problema de salud. Por último, enfatizaron que las personas especialistas deben conocer, practicar y enseñar una atención basada en el respeto, las evidencias y las recomendaciones actuales, pues coincidieron en que:

las y los estudiantes y residentes están de acuerdo con las recomendaciones, pero la mayoría no han aprendido ni visto un parto respetado, por lo que no piensan que su implementación sea factible.

En cuanto a las **relaciones interpersonales**, se destacó un primer nivel de intervención centrado en la sensibilización, la capacitación y el desarrollo de competencias para fomentar la comunicación asertiva, la escucha activa y el fortalecimiento de habilidades socioemocionales del personal de salud, con el fin de promover relaciones más horizontales. Al mismo tiempo, todos los grupos coincidieron en que hay elementos institucionales que también deben modificarse a través de programas específicos que mejoren esta interacción y contribuyan a la satisfacción de las personas usuarias, como son:

- * Fortalecimiento de modelos de atención humanizados o amigables (el nombre puede cambiar).
- * Desarrollo de clubes de embarazo (atención prenatal en grupo) con contenidos de mayor calidad y enfocados en el empoderamiento de las personas usuarias.
- * Implementación del tour obstétrico (con horarios accesibles) y elaboración conjunta del plan de parto como herramienta clave de interacción con las personas usuarias.
- * Vinculación de equipos multidisciplinarios que respeten la autonomía de cada profesión, incluyendo el acompañamiento de doulas o educadoras perinatales.
- * Fomento de alianzas entre profesionales y sectores, con énfasis en el trabajo colaborativo.

- * Empoderamiento del personal de salud comunitario, personas promotoras y personal de trabajo social en la prevención de la violencia obstétrica.

Al respecto, se resaltó la importancia de que las acciones o programas implementados se evalúen de manera sistemática, junto con estrategias que permitan identificar áreas de oportunidad. Entre ellas, se mencionó la figura de la persona testigo proactivo y el uso de encuestas de salida aplicadas al cien por ciento de las usuarias atendidas en los servicios.

Con relación a los **modelos de atención**, todos los grupos coincidieron en que no se trata de imponer un paradigma sobre otro como si fueran esquemas cerrados o definitivos. En cambio, propusieron identificar los elementos, condiciones y principios que deben integrarse y cumplirse para responder adecuadamente a las diferentes manifestaciones de la violencia obstétrica, así como para modificar sus causas y factores predisponentes. El listado propuesto es ambicioso, pues visibiliza necesidades desde una perspectiva intersectorial y de determinantes sociales:

a) Educación y acceso a la información

- * Brindar información clara a las mujeres embarazadas y sus familias desde el primer nivel de atención.
- * Fortalecer la educación integral en sexualidad, con participación del sector educativo.
- * Implementar programas de educación para la salud dirigidos a mujeres y familias.
- * Ofrecer educación prenatal a mujeres y familias.

b) Continuidad de los servicios

- * Garantizar acceso a anticoncepción de emergencia y aborto seguro.
- * Incrementar el tiempo destinado a las consultas para asegurar la calidad en la atención.
- * Ampliar los roles del personal tanto en lo operativo como en la toma de decisiones.
- * Asegurar estructuras adecuadas e insumos suficientes.
- * Extender los horarios de atención para facilitar la asistencia de las personas que trabajan o estudian.
- * Establecer más módulos de atención con enfoque amigable.
- * Permitir el acompañamiento de un familiar en todos los nacimientos.

c) Enfoques transversales

- * Aplicar normativas y recomendaciones de organismos como la OMS, la OPS y la Secretaría de Salud.
- * Promover la atención centrada en la persona.

- * Incorporar enfoques de riesgo e intercultural.
- * Habilitar espacios de atención con equipos multidisciplinarios.
- * Difundir y promover el respeto a la autonomía corporal.
- * Fomentar la empatía, la responsabilidad y la horizontalidad en las relaciones interpersonales.

d) Implementación, monitoreo, evaluación y aprendizaje

- * Homologar los protocolos nacionales para la atención de la violencia obstétrica.
- * Designar líderes con experiencia en atención fisiológica para las instituciones.
- * Incorporar parteras en las instituciones (con categoría contractual).
- * Promover programas de autocuidado para el personal de salud.
- * Diseñar mecanismos eficaces de supervisión.

Aunque todos los grupos mostraron sensibilidad y conocimiento respecto al modelo de atención de la partería y reconocieron la importancia de incorporarlo en los equipos multidisciplinarios, coincidieron en que esta no es una práctica generalizada en el país. Por ello, como enfatizó el grupo de parteras y enfermeras, *“es necesaria la aceptación de este modelo y el reconocimiento de sus beneficios para las mujeres y para la sociedad”*.

Por último, en lo que respecta a las **evidencias y recomendaciones**, los resultados sostienen que, a pesar de su amplia difusión, existe una falta de implementación. Es decir, en nuestro país, **el avance en el desarrollo de guías de práctica clínica, lineamientos y políticas no ha derivado en su aplicación dentro de los servicios hospitalarios**. En consecuencia, se requiere intervenir en distintos niveles, los cuales se sintetizan a continuación, acompañados de los ejemplos propuestos por el grupo:

a. Reconocimiento en leyes y normas

Ejemplo: incorporar leyes de parto humanizado o de maternidad centrada en la familia, como las que ya se han propuesto en otros países en América Latina.

b. Armonización de políticas públicas e institucionales

Ejemplo: modificar políticas internas del IMSS que limitan el acceso al aborto seguro en los embarazos causados por violación a las doce semanas de gestación, aun cuando la Norma Oficial Mexicana 046 no establece un plazo.

c. Seguimiento y análisis de indicadores

Ejemplo: evaluar índices de satisfacción de las personas usuarias, indicadores de calidad y mortalidad, así como el desempeño profesional del personal.

d. Supervisión de elementos clave en la calidad de la atención

Ejemplo: aplicar criterios de Robson para análisis de cesáreas, garantizar la clasificación adecuada del riesgo obstétrico, ampliar los roles del personal de enfermería y partería y fortalecer los análisis de casos en comités hospitalarios.

e. Medición del impacto de proyectos y experiencias de implementación

Ejemplo: evaluar modelos como el de Atención Integral Obstétrica; las salas de labor, parto y recuperación; así como la incorporación de doulas y educadoras perinatales.

Con ello, se destaca la necesidad de homologar modelos de atención basados en buenas prácticas y evidencia científica, centrados en las mujeres y personas usuarias, que se implementen a nivel nacional y cuenten con mecanismos transversales de supervisión y evaluación.

Consideraciones finales

Es fundamental reconocer las críticas y limitaciones que surgieron en este ejercicio participativo respecto del concepto de violencia obstétrica, a fin de actualizarlo, precisarlo y generar formas asertivas de comunicación que permitan ampliar el diálogo con otros sectores y profesionales. En particular, resalta la resistencia a entender la violencia obstétrica como un delito, en lugar de concebirla como un concepto que refiere a un conjunto de acciones, omisiones y condiciones en las que intervienen diversos actores, instituciones y estructuras.

En este sentido, se requiere delimitar de forma clara los ámbitos de responsabilidad en la prevención de la violencia obstétrica, ya que la criminalización, estigmatización o sanción de las personas profesionales de la salud no constituyen medidas que transformen el sistema que favorece su reproducción. Asimismo, es necesario generar intervenciones con diferente alcance y nivel de ejecución: algunas dirigidas a profesionales de la salud, otras a personas tomadoras de decisiones e incluso acciones más allá del Sistema Nacional de Salud. En suma, es indispensable diseñar abordajes específicos para cada una de las manifestaciones de la violencia obstétrica, así como establecer mecanismos eficaces para restituir los derechos que hayan sido vulnerados y evitar que esos hechos vuelvan a ocurrir.

Agradecemos la apertura y generosidad de todas las personas participantes que hicieron posible este ejercicio de diálogo constructivo e intercambio de experiencias.

