

**Violencia obstétrica en la atención del parto en Baja California:
Percepciones del personal de enfermería****Obstetric Violence in Childbirth Care in Baja California:
Nursing Personnel Perceptions**

Lizette Flores-Romero,¹ Bertha Margarita Viñas Velázquez,²
Sandra Treviño-Siller³ y Julieta Yadira Islas-Limón⁴

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo analizar las percepciones del personal de enfermería sobre el maltrato a la mujer durante el embarazo y el parto. Se realizó un estudio cualitativo mediante el análisis del discurso de 23 entrevistas con personal de enfermería en Baja California, México. Se identificaron dos categorías: violencia obstétrica directa e indirecta y factores institucionales. Los hallazgos muestran que todos los participantes del estudio reportaron casos de violencia obstétrica hacia las mujeres. Factores como la falta de equipo médico y de profesionales capacitados destacan como causantes de estrés que se manifiestan como violencia obstétrica. Otras causas son la cultura de la medicalización, el conocimiento limitado de las normas mexicanas e internacionales y una formación inadecuada. En conclusión, es fundamental mejorar la atención obstétrica promoviendo que se respete lo estipulado por la NOM-007-SSA2-2016 para lograr un modelo de atención centrado en la mujer, basado en las recomendaciones internacionales. Además, es imperativo contar con suficiente personal capacitado y equipo médico.

Palabras clave: 1. violencia obstétrica, 2. atención centrada en la mujer, 3. formación sanitaria, 4. Baja California, 5. frontera norte de México.

ABSTRACT

This article aims to analyze nursing staff perceptions regarding the mistreatment of women during pregnancy and childbirth. A qualitative study was conducted using discourse analysis of 23 interviews with nursing staff in Baja California, Mexico. Two categories were identified: direct and indirect obstetric violence and institutional factors. The findings show that all study participants reported cases of obstetric violence against women. Factors such as the lack of medical equipment and trained professionals stand out as causes of stress that manifest as obstetric violence. Other causes are the culture of medicalization, limited knowledge of international and Mexican standards, and inadequate personnel training. In conclusion, it is essential to improve obstetric care by promoting the NOM-007-SSA2-2016 to achieve a woman-centered care model based on international recommendations. Furthermore, sufficient trained staff and medical equipment are imperative.

Keywords: 1. obstetric violence, 2. woman-centered care, 3. healthcare training, 4. Baja California, 5. Mexico's Northern border.

Recepción: 21 de junio de 2021

Aceptación: 31 de octubre de 2021

Publicación web: 31 de mayo de 2022

¹ Apoyo Multidisciplinario de Orientación a la Realización Humana (AMORH) A. C., México, lizette.flores@uabc.edu.mx, <https://orcid.org/0000-0002-8482-0967>

² Universidad Autónoma de Baja California, México, margarita.vinas@uabc.edu.mx, <https://orcid.org/0000-0001-8364-0385>

³ Instituto Nacional de Salud Pública, México, sandra.trevino@insp.mx, <https://orcid.org/0000-0001-7427-5558>

⁴ Universidad Autónoma de Baja California, México, yaislas@uabc.edu.mx, <https://orcid.org/0000-0003-4962-4503>



ANTECEDENTES

La violencia obstétrica se define como una acción u omisión intencional por parte de un profesional de la salud que lastima, daña o denigra a una mujer durante su embarazo o parto, así como la negligencia médica (Grupo de Información en Reproducción Elegida, A. C., 2015). Varios estudios demuestran que este tipo de violencia es reportada con frecuencia por mujeres (Castro y Frías, 2020; Treviño-Siller *et al.*, 2018, 2020) y puede ser normalizada y aceptada como parte de la experiencia del parto en los sistemas de salud en países como Sudáfrica (Malatji y Madiba, 2020), Colombia (Vallana Salas, 2019), Argentina (Herrera Vacafior, 2016), Ecuador (Meijer, Brandão, Cañadas y Falcon, 2019), Brasil (Alexandria *et al.*, 2019), Estados Unidos (Diaz-Tello, 2016), así como México (Valdez Santiago, Arenas Monreal, Rojas Carmona y Sánchez Domínguez, 2018).

Mientras que la mayoría de los estudios enfatizan la violencia ejercida por los doctores y obstetras, en este artículo se resaltan las percepciones del personal de enfermería acerca de la atención al alumbramiento y cómo es que normalizan, justifican e incluso ejercen este tipo de violencia. A pesar de que algunos estudios (Brilhante y Jorge, 2020; Espinoza-Reyes y Solís, 2020) han explorado la percepción de la violencia obstétrica desde el punto de vista del personal de enfermería, es necesario analizar estos casos puesto que la escasa evidencia sugiere que este personal también ejerce violencia durante la atención al alumbramiento. Además, son ellos quienes pasan la mayor parte del tiempo con las mujeres durante el trabajo de parto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que todas las mujeres tienen derecho a recibir el mayor nivel de atención a la salud, incluyendo el derecho a cuidados prenatales y posnatales dignos y respetuosos, libres de violencia y de discriminación (WHO, 2015). A pesar de los estándares mexicanos e internacionales, unas 830 mujeres mueren cada día debido a complicaciones en el embarazo y en el parto (WHO, 2018). En México, este fenómeno se ha estudiado desde la década de 1980, cuando convenciones y conferencias internacionales comenzaron a exponer las desigualdades, la discriminación y la falta de garantías a los derechos humanos para las mujeres, particularmente en relación con sus derechos sexuales y reproductivos (United Nations, s. f.).

Esto, por su parte, influyó en la creación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, dentro de los cuales, el tercero y el quinto están destinados a promover la equidad de género y la autonomía de las mujeres, así como a mejorar la salud materna, respectivamente. Sin embargo, ninguno de estos objetivos se ha alcanzado.

En México, la tasa de mortalidad materna (TMM) se estima en 31.2 muertes por cada 100 000 nacimientos. Baja California es uno de los cinco estados con más muertes maternas y una TMM de 83.8, muy superior al promedio nacional (Secretaría de Salud, s. f.). De junio de 1996 a diciembre de 2007, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) procesó 18 443 quejas, de las cuales 15 por ciento involucraban a las especialidades de ginecología y obstetricia (Secretaría de Salud, s. f.). Luego de un análisis más detallado de los daños más graves a la salud (discapacidad

permanente y muerte), la especialidad obstétrica y ginecología estaban en primer lugar, con 53 por ciento de las quejas correspondientes a estas áreas (Secretaría de Salud, s. f.).

Como demuestran los datos de 2016, 33.4 por ciento de las mujeres sufrió alguna forma de abuso por parte del cuidador en su último parto. También se reportó maltrato en el cuidado de 40.8 por ciento de las mujeres que dieron a luz en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y 38.7 por ciento de las que recibieron atención en un hospital local o clínica pública. Además, se reportó que durante su último parto, 4.2 por ciento de las mujeres mexicanas recibieron algún tipo de anticonceptivo o fueron operadas o esterilizadas sin su consentimiento; 7 por ciento fueron acosadas con comentarios ofensivos o vergonzantes; 9.2 por ciento fueron obligadas a permanecer en posiciones físicas incómodas; 9.2 por ciento fueron presionadas para recibir algún anticonceptivo o para ligar sus trompas de falopio; 9.9 por ciento fueron ignoradas después del parto cuando preguntaron por sus hijos; 10.3 por ciento reportaron negligencia como castigo por gritar o quejarse demasiado; y a 11.2 por ciento se les gritó o fueron regañadas (Inegi, 2017).

En Baja California, 34.8 por ciento de las mujeres reportan haber experimentado alguno de estos tipos de abuso, lo que está por encima del promedio nacional, y para las mujeres indígenas esta cifra llega a 40 por ciento. Dada la poca visibilidad otorgada a este problema en los medios, un indicador importante a nivel estatal son las recomendaciones emitidas por las organizaciones de derechos humanos enfocadas en la violencia obstétrica. En este sentido, Espinoza Reyes (2019) reporta la existencia de 10 recomendaciones dirigidas a las instituciones de salud públicas y privadas de los municipios de Ensenada, Tijuana y Playas de Rosarito, que van desde negar el servicio a mujeres en trabajo de parto que culminan en nacimientos fortuitos ocurridos en la calle, provocando la muerte del producto o de la madre. En este sentido, la presente investigación se enfoca en analizar las percepciones del personal de enfermería en relación con el maltrato a mujeres en trabajo de parto y alumbramiento a través de un estudio cualitativo mediante el análisis del discurso de 23 entrevistas realizadas en Baja California, México.

Concepto de violencia obstétrica y legislación

En México, la Norma Oficial Mexicana (NOM) 007, así como las Guías de Práctica Clínica buscan promover el uso de prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible apegadas a las regulaciones actuales dentro del marco de los derechos humanos (Cenetec, 2014). De manera similar, hay instrumentos por medio de los cuales los estados establecen el derecho a una vida libre de violencia obstétrica, como la *Ley de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia para el estado de Baja California* (H. Congreso del Estado de Baja California, 2008).

Baja California incluyó el concepto de violencia obstétrica en su legislación de 2016, donde se define como:

Toda conducta, acción u omisión que ejerza el personal de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto o puerperio, mediante un trato deshumanizado, omisión de atención oportuna y eficaz, prácticas sin

consentimiento como esterilización o cesárea sin motivo (H. Congreso del Estado de Baja California, 2008, p. 4).

En la actualidad, aproximadamente dos terceras partes de los estados en México incluyen este concepto en sus leyes. En general, es posible señalar que México cuenta con un marco regulatorio importante en el campo de la salud y la prevención, el castigo y la erradicación de la violencia en contra de las mujeres.

Algunos investigadores han descrito a la violencia obstétrica como un fenómeno complejo y multifactorial enraizado en elementos como “relaciones de poder, discriminación, inequidad social y de género, además de condiciones estructurales como las deficiencias en infraestructura e insumos en las unidades médicas; las condiciones extenuantes y mal remuneradas en que trabaja el personal de salud y el desconocimiento de los derechos de las mujeres” (Meza, Mancinas, Meneses y Meléndez, 2015, p. 361). En este mismo sentido, es útil entender a la violencia obstétrica como un dispositivo que es un conjunto heterogéneo de elementos discursivos y no discursivos con una función estratégica específica e inscrita en una relación que resulta del cruce de relaciones de poder y conocimiento (Agamben, 2009).

Con base en estos enfoques, es importante entender a la violencia en todas sus dimensiones y peculiaridades, enfocándose en sus manifestaciones directas y elementos culturales y estructurales (Galtung, 2016). En este sentido, Cohen Shabot (2016) explica que la violencia obstétrica debe ser analizada como un fenómeno diferente a la violencia médica y la violencia en general porque es una cuestión feminista, ya que los cuerpos en trabajo de parto son percibidos como una amenaza a la visión hegemónica del poder acerca de la feminidad. De esta forma, ellas necesitan ser domesticadas. Cumplen un papel que Arguedas Ramírez (2014) denomina como “poder obstétrico”, es decir:

esta forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y, por lo tanto, se ejerce en un género-territorio específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir. La microfísica del poder que se hace presente en este ejercicio produce unos cuerpos dóciles y sexuados; son los cuerpos que, en la estructura social del patriarcado, requieren de una disciplina particular para encauzar la economía de la reproducción, para lo cual ese poder obstétrico dispone de ciertas tecnologías disciplinarias (Arguedas Ramírez, 2014, p. 156).

El campo médico y su cultura, en particular el *habitus* médico autoritario, han sido ampliamente explorados por Castro (2014), quien explica las enormes asimetrías existentes en las relaciones entre doctores y pacientes, especialmente en el caso de mujeres embarazadas y en trabajo de parto. En un trabajo reciente, Villanueva y Castro (2020) describen el funcionamiento altamente jerárquico que tiene lugar en este campo, el cual opera desde cuatro sistemas de clasificación: profesional, subcampos, especialidades y división del trabajo.

En este contexto, el personal de enfermería está subordinado al personal médico debido a la manera en que diferentes profesiones son valoradas por los que componen este campo. Cualquiera dentro del personal de salud puede ejercer violencia, pero esta jerarquía pone en desventaja al

personal de enfermería al presenciar maltrato, abuso o comportamiento irrespetuoso hacia las mujeres. Las asimetrías de poder frecuentemente convierten al personal en testigo silencioso de estas prácticas, como lo muestra el trabajo de Oliveira y Penna (2017). Sin embargo, nos preguntamos qué tanto este tipo de violencia es a su vez justificada o normalizada por el personal de enfermería, puesto que son quienes pasan más tiempo con las mujeres durante el trabajo de parto y alumbramiento. La naturalización de la dominación jerárquica que posiciona al personal de enfermería como testigo silencioso puede ser categorizada como violencia simbólica, una forma de violencia obstétrica que lo hace parte de un proceso de violencia hacia las mujeres (Jojoa-Tobar *et al.*, 2019).

Otro elemento importante en el origen de la violencia obstétrica es la falta de una cultura sólida de derechos en México. A pesar de que, como se indica en este artículo, el desarrollo de un marco normativo en esta materia ha tenido grandes avances en las últimas cuatro décadas, aún hay trabajo por hacer en relación con la educación en derechos humanos. Es decir, trabajar hacia la creación de una ciudadanía reproductiva, en la que tanto mujeres como personal de salud están informados sobre las formas de apropiación, ejercicio y defensa de sus derechos; en el caso de las primeras, en relación con su salud reproductiva y sexual; y de los proveedores de servicio, en relación con la creación de condiciones laborales que les permitan ejercer sus profesiones siguiendo evidencia científica y proveyendo cuidados natales centrados en la mujer.

Trabajos de estudiosos como Espinoza-Reyes y Solís (2020) demuestran que al ejercer su agencia individual, las mujeres encuentran obstáculos significativos para acceder a mecanismos de obligatoriedad y enjuiciamiento. También resalta la existencia de una agencia colectiva que comienza a emerger en estas comunidades por medio del trabajo conjunto de instituciones académicas, ONG y redes sociales. Una de las tareas más importantes de estos grupos es avanzar en el análisis y la visibilidad de este fenómeno.

Por lo tanto, dado que la violencia y el maltrato ocurren en las instituciones por parte de los profesionales de la salud, el objetivo de este estudio fue explorar las percepciones del personal de enfermería en hospitales en relación con el nacimiento y el cuidado de las mujeres que reciben este servicio. Un interés adicional fue identificar si el personal reconocía las prácticas violentas y las causas atribuidas a esta violencia y generar sugerencias para lograr un mejor tratamiento durante estos cuidados.

DISEÑO Y MÉTODOS

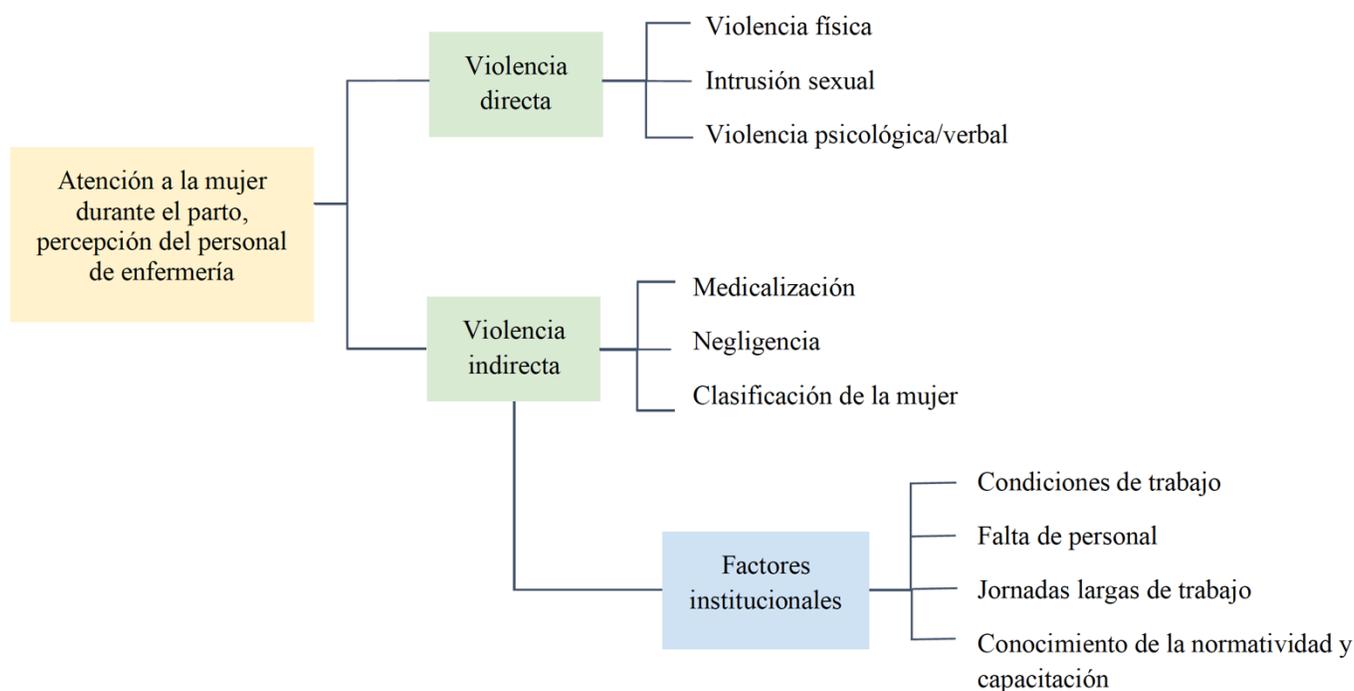
Este es un estudio cualitativo que recurre al análisis del discurso, centrado en el lenguaje como forma de interacción: los comportamientos y la interpretación de los pensamientos de los entrevistados por medio de sus expresiones en el discurso bajo el paradigma del interpretativismo (Silverman, 2011). El estudio se llevó a cabo en cinco hospitales públicos en el estado de Baja California, México. Tuvimos la autorización de los directores de todos los hospitales para la realización de las entrevistas, además los jefes del personal de enfermería nos facilitaron la programación y las fechas para dichas entrevistas. También se recurrió a un muestreo bola de nieve,

por medio del cual se identificó al personal de enfermería de dos hospitales más para ser entrevistado. Un total de 23 entrevistas fueron completadas por saturación muestral, mismas que fueron realizadas entre octubre de 2018 y abril de 2019.

Se diseñó una guía de entrevista con base en indicadores de la Norma Oficial Mexicana para embarazo, nacimiento y cuidado en puerperio (NOM-007-SSA2-1993) y las recomendaciones de la OMS, la cual se revisó y aprobó por expertos en la materia. Se llevó a cabo un ensayo de directrices por medio de entrevistas con personal de enfermería que tenía amplia experiencia obstétrica, pero que ya no trabajaba en el área. Todas las entrevistas fueron voluntarias y todas las personas entrevistadas fueron informadas sobre sus derechos (confidencialidad y anonimato), de que los resultados serían usados solamente para propósitos de estudios científicos, por medio del consentimiento informado aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina y Psicología de la Universidad Autónoma de Baja California.

Adicionalmente, las entrevistas se grabaron en audio y fueron transcritas, después de lo cual el análisis de contenido fue llevado a cabo usando el programa Atlas.Ti, versión 6.2. Definimos violencia obstétrica directa e indirecta como las dos categorías de análisis principales; de esta última se dependen los factores institucionales. Posteriormente, estas categorías se codificaron con base en los datos, como se muestra en la figura 1.

Figura 1. Categorías y subcategorías de análisis de la perspectiva de enfermería sobre el cuidado de mujeres en trabajo de parto en Baja California



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas con el personal de enfermería de hospitales en Baja California, México.

La primera categoría se estableció porque los hospitales obstétricos y servicios ginecológicos están entre las tres especialidades médicas con el mayor número de quejas en Conamed, las cuales se relacionan con procedimientos quirúrgicos, relaciones doctor-paciente, cuidados en el parto, y más (Rangel Flores, Martínez Ledezma, Hernández Ibarra y González Acebedo, 2019).

El análisis del discurso de quienes participaron en el estudio reveló dos tipos distintos de violencia obstétrica, que el equipo de investigación identificó como directa e indirecta. Se consideró violencia obstétrica directa a las acciones hacia la mujer que busca cuidados con la intención de ofender, herir o potencialmente dañar a la madre o al infante durante el embarazo y el parto. En las entrevistas, los temas comentados incluyeron violencia verbal, física, así como la intrusión sexual; esta última entendida como cualquier tocamiento injustificado o incisión en el área genital de la mujer, incluyendo el contacto excesivo durante la fase de trabajo de parto por profesionales de enfermería y médicos (Secretaría de Salud, s. f.), así como estudiantes internos que deben mantener interacción táctil mínima (Valdez-Santiago, Hidalgo-Solórzano, Mojarro-Iñiguez y Arenas-Monreal, 2013), y/o episiotomía sin el consentimiento de la paciente.

Otros procedimientos que también fueron aplicados sin el consentimiento y/o sin justificación por necesidad médica son la colocación de dispositivos anticonceptivos, uso de oxitocina y anestesia o analgésicos, y cesáreas innecesarias. En relación con esto último, Valdez-Santiago *et al.* (2013) encontraron que en el estado de Morelos, México, 57.4 por ciento de los nacimientos fueron por cesárea, de las cuales sólo 7.4 por ciento estaban programadas, a pesar de la directiva de la OMS de que éstas no deberían exceder 10 a 15 por ciento de los nacimientos (WHO, 1996).

Estos eventos fueron identificados como violencia obstétrica indirecta, que se refiere a la medicalización injustificada, la negligencia o el etiquetado de las mujeres con base en prejuicios discriminatorios, lo cual fue identificado en este estudio. Así mismo, una subcategoría de violencia obstétrica indirecta está constituida por factores institucionales que limitan e incluso obstruyen la posibilidad de ofrecer una buena atención a las mujeres durante el proceso del parto. También se consideró la capacitación y el conocimiento de la normatividad aplicable, específicamente la NOM 007 y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

RESULTADOS

Características de quienes participaron en el estudio

Se llevaron a cabo 23 entrevistas con personal de enfermería, 19 mujeres y cuatro hombres. La edad promedio fue de 38.7 años; cuatro personas no estaban casadas, una persona viuda, y las 18 restantes estaban casadas o en una relación. Sólo tres de las personas participantes no tenían descendencia, mientras que las otras 20 tenían una descendencia promedio de 2.2. Dieciocho personas tenían un título o especialidad en enfermería y cinco, técnicos. Los participantes tenían entre uno y 30 años de práctica profesional; la mayoría entre cinco y siete.

Cuadro 1. Características del personal de enfermería entrevistado

Número de entrevistados/as	Sexo	Edad (años)	Estado civil	Número de descendientes	Formación académica	Años de experiencia en obstetricia y ginecología
1	F	31	Soltera	0	Lic. en enfermería / especialidad en enfermería perinatal	4
2	F	36	Casada	2	Lic. en enfermería en obstetricia y ginecología	6
3	F	44	Casada	2	Enfermería general	
4	F	48	Viuda	2	Lic. en enfermería	3
5	M	40	Unión libre	3	Lic. en enfermería / especialidad en cuidado intensivo	5
6	F	45	Unión libre	1	Técnica en enfermería	7
7	F	47	Soltera	4	Enfermera asistente	3
8	F	52	Casada	4	Enfermera asistente	2
9	F	33	Casada	2	Lic. en enfermería	4
10	F	29	Unión libre	0	Lic. en enfermería	3
11	F	30	Unión libre	2	Lic. en enfermería	5
12	M	44	Casado	2	Lic. en enfermería	1
13	F	28	Unión libre	2	Lic. en enfermería	1
14	M	31	Casado	1	Lic. en enfermería	2
15	M	46	Casado	2	Lic. en enfermería / especialidad en obstetricia	16
16	F	24	Soltera	0	Lic. en enfermería	2 años 6 meses
17	F	50	Casada	2	Enfermería general	25
18	F	54	Casada	2	Lic. en enfermería	30
19	F	35	Casada	2	Enfermera asistente	3
20	F	40	Casada	3	Lic. en enfermería	18
21	F	51	Soltera	3	Técnica en enfermería	6
22	F	40	Casada	2	Lic. en enfermería	6
23	F	43	Casada	3	Técnica en enfermería	1

Fuente: Elaborado por las autoras con base en las entrevistas con el personal de enfermería de hospitales en Baja California, México.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Violencia verbal

Todos los participantes reconocieron manifestaciones de violencia obstétrica hacia mujeres que buscaban atención. Las entrevistas indican que la violencia verbal era la más frecuente y que ocurrió en diferentes momentos del cuidado, con mayor frecuencia al momento del parto cuando

las mujeres están cerca de dar a luz, y los estímulos externos, el agotamiento y las emociones se intensifican.

Comúnmente, las declaraciones violentas refieren al dolor que padecen las mujeres, así como a su sexualidad, al número de descendientes, a los aspectos físicos, incluso a reprimendas o comentarios sarcásticos. Algunos testimonios denotan insensibilidad para el dolor de las contracciones del nacimiento: “algunas dicen, y perdón por la expresión, ¡cómo cuando estabas cogiendo no te quejabas así!, ¡o cuando abriste las patas...!” (enfermera, 44 años, cinco de experiencia, comunicación personal, 4 de octubre de 2018).

Declaraciones como estas juzgan la sexualidad de la mujer como si ésta no tuviera permitido experimentar placer y el dolor del nacimiento fuera un castigo por ello. Otra manifestación de violencia verbal, constante en todo el discurso, fue la alusión a los rasgos físicos de la mujer:

me ha tocado ver que los doctores les gritan. A una paciente en especial le llamaron ballena porque tenía obesidad mórbida y estaba embarazada. El doctor seguía diciendo que necesitarían un arpón para darle anestesia, la llamaron ballena y la mujer lloró y lloró –y yo junto con ella– le dijeron: “no voy a usar aguja, voy a usar un arpón contigo” (enfermera, 40 años, seis de experiencia, comunicación personal, 27 de octubre de 2018).

También son frecuentes los comentarios en relación con el número de descendientes, regaños y sarcasmo, que, de acuerdo con el personal de enfermería, tienden a venir de sus iguales, o con mayor frecuencia, de doctores o ginecólogos, lo que indica una deflexión de su responsabilidad para cometer violencia obstétrica. Por el contrario, se ven mucho menos frecuentes los comentarios donde se posicionan como actores de la violencia:

“mira *mija*, si no quieres que tu niño sea discapacitado o algo, puja porque el niño ya está aquí, ya se le ve su carita negra, el niño ya tiene que respirar”. El que yo haya hecho eso, sé que es violencia obstétrica, pero también que comprenda que uno está ahí en el momento, el niño tiene que salir, ella lo tiene que sacar, nosotros no podemos sacarlo y sí, fíjate que sí funcionó porque pujó y pujó hasta que salió; es violencia obstétrica y hay veces que lo hacemos sin querer (enfermera, 48 años, tres de experiencia, comunicación personal, 29 de septiembre de 2018).

En este caso, hay una ambivalencia en el discurso de la participante; reconoce su propio uso de violencia y sabe que es un comportamiento inaceptable. No obstante, justifica estas acciones debido a su trabajo. Es entonces que nos preguntamos si no hay mejores estrategias para facilitar la cooperación de la mujer en el trabajo de parto.

Violencia física

La violencia física en el cuidado obstétrico involucra prácticas invasivas. En este artículo, se han denominado intromisión sexual y falta de respeto para las fases naturales del nacimiento, es decir, prácticas invasivas e innecesarias que pueden producir daño físico a la mujer o recién nacido.

Que están revisándoles constantemente, que uno llegue y meta mano, llegue otro y meta mano sin que sea una sola persona que lleve el cuidado desde que llega hasta que termina,

sino que todo el mundo la revisa, eso es violencia obstétrica (enfermera, 40 años, seis de experiencia, comunicación personal, 27 de octubre 27 de 2018).

Procedimientos sin el consentimiento de la paciente también se consideran violencia obstétrica. Como lo estipula la Comisión Nacional de Bioética (Arnau Sánchez *et al.*, 2012), en relación con la autonomía de los pacientes, la manifestación de una actitud responsable y bioética coherente por parte del personal médico profesional, que eleva la calidad en el servicio, y que garantiza el respeto a la dignidad de las personas informándoles, dándoles opciones y asegurándose que éstas sean entendidas y culminando en la libre elección. No obstante, algunas personas que participaron en el estudio declararon que no hay una táctica adecuada que asegure que estas prácticas de cuidado se lleven a cabo de manera efectiva en contextos de alumbramiento, lo que constituye violencia obstétrica indirecta, en el sentido de que se inflige daño de manera no intencional sobre la mujer que busca atención, pero que en el contexto hospitalario se considera normal.

También se descubrió que se llevan a cabo prácticas no recomendadas. Algunas fueron justificadas por el personal de enfermería en eventos clasificados como emergencias debido a una condición de salud adversa de las mujeres, mientras que otras prácticas se evitan, como el uso inapropiado de medicamentos, cesáreas innecesarias, etcétera.

Muchas veces a la paciente le meten la mano para medicarla para que el útero o la vagina se dilaten cuando ellas no están de acuerdo o que no quieren analgesia, pero de todos modos se las hacen, entonces de alguna manera se pierde el lado humano (enfermera de 50 años, seis de experiencia, comunicación personal, 1 octubre de 2018).

El uso de analgésicos no es una práctica a evitarse de manera arbitraria. Más bien, siempre debe llevarse a cabo respetando la decisión de las mujeres; algunas quieren usarlos (Belli, 2013) y les son negados, lo que representa otra forma de control forzado y falta de respeto.

Posteriormente, las cesáreas fueron un tema constante en el discurso de los/as participantes. La mayoría estaban conscientes que es una práctica que debe ser minimizada y aseguraron que algunas mujeres gestantes la deseaban. Empero, hay médicos que realizan cesáreas sin consentimiento, justificándolas como médicamente necesarias. Como lo declaró una de las enfermeras: “A una paciente embarazada se le practicó una cesárea y no era necesario, ella no quería una cesárea y que... podía haber sido fisiológico, por la vía natural” (enfermera de 54 años, 30 de experiencia, comunicación personal, 4 de octubre de 2018).

Otro ejemplo:

Trae cinco [cm] de dilatación, y me estoy preparando para dejarla (...) y al rato, “no te preocupes, le hicimos una cesárea” [refiriéndose a lo que el médico le dijo al enfermero], pero *‘pereme* (sic) ¿cuándo me informó que haría eso? Nunca me dijo. A todos los pacientes se les tiene que informar (enfermero de 40 años, cinco de experiencia, comunicación personal, 30 de septiembre de 2018).

Adicionalmente, fue usual que las personas entrevistadas recordaran episiotomías como práctica para acelerar el nacimiento. Se llevaban a cabo por médicos mayormente sin el tiempo necesario

para permitir la dilatación natural y la amniorraxis (ruptura de membranas). Esto en ocasiones empeoraba al no recibir el consentimiento de la paciente:

aquí muchas veces tienen prisa, les hacen la episiotomía cuando la mujer no está de acuerdo, pero ya no están en posición para negociar sino simplemente es “no sale (...) no estás dilatando, así que vamos a hacerlo”, porque no se les dio el tiempo correcto para la dilatación (enfermera de 51 años, seis de experiencia, comunicación personal, 1 de octubre de 2018).

Todos los testimonios previos son vistos como parte de la interferencia que se reconoce como violencia directa debido a la presión para que el parto ocurra en el momento más conveniente para el personal de salud, sin respetar el tiempo natural, lo que va en contra de lo que recomienda la OMS (1996).

Por el contrario, los participantes comentaron que la mayoría de las mujeres están asustadas durante el proceso de nacimiento, lo que es usualmente más común en madres primerizas, menores de edad y adultas mayores, así como en mujeres sin conocimiento o entrenamiento previo en relación con el proceso de alumbramiento. Las personas que participaron en el estudio calificaron a las mujeres de acuerdo con diferentes manifestaciones de sus miedos y experiencias (cuadro 2).

Cuadro 2. Tipo de mujeres en trabajo de parto de acuerdo con la clasificación del personal de enfermería

Tipo	Testimonios
Mujeres asustadas	“Tiene miedo, no sabe qué va a suceder” (enfermera de 29 años, tres de experiencia, comunicación personal, 24 de octubre de 2018). “Ellas tienen mucho miedo, te acercas con una jeringa y nos voltean a ver y nomás hay que decirle ‘ <i>mija</i> , te voy a poner esto... que es para esto’” (enfermera de 44 años, cinco de experiencia, comunicación personal, 5 de octubre de 2018).
Mujeres exigentes	“De una manera se van a sentir que ellas no, que no damos el cien..., ellas quieren a una persona a un lado, pero no se puede, es mucha la carga del trabajo y ¡pues no!” (enfermera de 44 años, cinco de experiencia, comunicación personal, 5 de octubre de 2018).
Menores de edad y adolescentes	“Hemos tenido pacientes de 13 años embarazadas, de 13, 15 años y ahí es cuando... sí nos da coraje porque son niñas, pero no por eso las vamos a tratar mal, entonces, sí he escuchado a muchas personas que sí les dicen ‘¿qué andas haciendo tú aquí?’, ‘tú deberías estar en la escuela’, hablando con ellas, sin rodeos, y es como, bueno, eres una niña pequeña, ¿qué estás haciendo? Entonces, ella se siente mal, y luego empieza a llorar. Cuando tienen esta edad lloran pues porque tienen miedo” (enfermera de 28 años, uno de experiencia, comunicación personal, 25 de octubre de 2018). “Me ha tocado cuidar niñas de hasta 13 años, muchas son menores de edad, 13, 14, 16 años, ahorita hay muchas jovencitas menores de edad teniendo bebés, ¡son muchas!” (enfermera de 48 años, cinco de experiencia, comunicación personal, 29 de septiembre de 2018).

continúa...

...continuación

- “Ahora sí gritas, pero cómo cuando estabas en el acto [sexual]” y con palabras acá, ‘ahí sí no gritabas’ o ‘ahora sí quieres a tu mamá y pero cuando lo estabas haciendo, con lo que hacías no querías a tu mamá’” (enfermero de 31 años, dos de experiencia, comunicación personal, 4 de octubre de 2018).
- Mujeres difíciles “Algunas pacientes son agresivas, pero casi siempre es porque tienen alguna enfermedad psicológica. Sí nos han tocado pacientes esquizofrénicas o pacientes que son (...) drogadictas” (enfermera de 29 años, tres de experiencia, comunicación personal, 24 de octubre de 2018).
- “Toxicómanas, ellas no obedecen ni al médico ni a nosotras, nos quieren jalar, rasguñar, de todo, entonces ahí sí es un poquito más difícil el trato con ellas” (enfermera técnica de 45 años, siete de experiencia, comunicación personal, 30 de septiembre de 2018).
- “Ellas gritan, algunas de dolor, algunas gritan que ya se quieren ir, otras ya están en el punto en el que ya quieren su dosis porque son toxicómanas” (enfermera de 24 años, dos de experiencia, comunicación personal, 19 de septiembre de 2018).
- Mujeres sin cuidado prenatal “Es que es imposible que los pacientes lleguen y no lleven control, no lleven nada, el ver que a ellas no les importó llevar su control” (enfermera de 44 años, cinco de experiencia, comunicación personal, 5 de octubre de 2018).
- “Entonces, no llevan un control prenatal, mucho menos un ultrasonido, ni siquiera se han hecho exámenes de sangre, entonces vienen en cero y es muy riesgoso para ella y para el bebé” (enfermera de 48 años, tres de experiencia, comunicación personal, 29 de septiembre de 2018).

Fuente: Elaborado por las autoras con base en las entrevistas con el personal de enfermería de hospitales en Baja California, México.

La falta de sensibilidad es evidente en la manera en que el personal clasifica los distintos tipos de mujeres en trabajo de parto con base en sus actitudes o sentimientos. Este discurso nos permite interpretar la actitud que tendrían, considerando que tuvieran la potestad de negar el servicio o algún cuidado, o ausentarse, adoptando una actitud no profesional (Da Silva Carvalho y Santana de Brito, 2017). “Hay algunas compañeras quienes aparentan no escuchar para no atenderlas...” (enfermera de 50 años, 25 de experiencia, comunicación personal, 2 de octubre de 2018). O descuidarlas priorizando sus propias necesidades, “hay gente que es muy buena, hay mucha gente que es muy mala que tiene el conocimiento, pero nada más quiere venir, checar y estar sentada” (enfermera de 31 años, cuatro de experiencia, comunicación personal, 4 de septiembre de 2018). Este tipo de actitud y negligencia nos llevan a factores institucionales en relación con la carencia de personal de enfermería o turnos laborales complicados como factores que afectan tanto a las mujeres y como a su descendencia.

Factores institucionales

El personal de enfermería participante mencionó varias razones por las cuales no pudieron ofrecer cuidado respetuoso a mujeres gestantes que buscaban cuidados. Esto comprende varios factores institucionales que obstruyen prácticas respetuosas y cuidado en el parto centrado en la mujer.

Una de las razones fue la sobresaturación de pacientes en las instalaciones. Una situación común que requiere que el personal hospitalario improvise espacios para mujeres gestantes en cuartos llenos o pasillos. Los participantes concuerdan en que esto disminuye el tiempo y la calidad del cuidado, así como la información que reciben las mujeres; lo mismo ocurre en el cuidado del recién nacido.

A pesar de que se reconoce que el apoyo emocional y el acompañamiento son de las necesidades más cruciales de las mujeres en el momento del trabajo de parto y alumbramiento, en los servicios públicos de salud las mujeres no pueden contar con la presencia de miembros de su familia fuera de las limitadas horas de visita. En la mayoría de las ocasiones, el personal de salud, que generalmente no puede ofrecer apoyo suficiente, son las únicas personas disponibles.

Además, las personas participantes revelaron que ocasionalmente, aspectos no relacionados con el trabajo interfieren con el cuidado de las mujeres gestantes. Algunas de las personas participantes refieren colegas con múltiples empleos quienes llegan a trabajar con cansancio o estrés, lo que contribuía a la pobre atención hacia los pacientes.

La jerarquía interna entre el personal es también una barrera para el cuidado de calidad (Jojoa-Tobar *et al.*, 2019); algunos miembros del personal de enfermería que participaron en el estudio mostraron mayor preocupación acerca de si una tarea era parte de la descripción de su trabajo que del cuidado adecuado de las mujeres en trabajo de parto y en el alumbramiento.

Falta de personal, agotamiento y estrés, junto con materiales insuficientes, son factores institucionales que pueden afectar los resultados de un nacimiento. En algunas ocasiones, las mujeres han tenido que ser remitidas a otros hospitales debido a la falta de infraestructura o recursos humanos y materiales.

Otros factores relacionados con el personal propiamente dicho fueron la experiencia en cuidados ginecológicos, el nivel de preparación y las actitudes individuales, así la como capacitación previa y con esto, el conocimiento y la aplicación de los estándares apropiados que guíen una serie de prácticas, protocolos e instrucciones para facilitar un cuidado de parto respetuoso y centrado en las mujeres. El discurso participante demostró la creencia de que pocos profesionales de la salud tienen experiencia suficiente o preparación adecuada, y que el conocimiento de la Norma Oficial Mexicana (NOM 007) es mínimo. Finalmente, tener más de un trabajo parecería estar asociado con la falta de empatía con las mujeres embarazadas (cuadro 3).

Cuadro 3. Factores institucionales que afectan el cuidado adecuado de las mujeres durante el trabajo de parto y nacimiento

Factor	Testimonios
Exceso de trabajo y sobresaturación en área de expulsión	“Hay exceso de trabajo y solo una enfermera. Yo creo que es insuficiente una sola enfermera, a veces las camas que deberían ser para ocho pacientes se llenan y probablemente hay 20 pacientes más esperando, muchos ingresos, casi 30, y pues no te das abasto” (enfermera de 40 años, con 18 de experiencia, comunicación personal, 2 de octubre de 2018).
Escasez en el área de cuidado pediátrico	“Rápido, quítale la cuna donde se pone al bebé porque ya viene otro. Entonces a veces en realidad ya no alcanzamos ni a limpiar las cunas. Solamente una sábana limpia y trae al que sigue, por el volumen de partos que vemos” (enfermera de 36 años, cinco de experiencia, comunicación personal, 14 de septiembre de 2018).
Escasez de personal, lo que lleva a agotamiento y estrés	“Yo pienso que si hubiera más personal, y más material... [porque] hay veces que estamos corriendo porque hacen falta cosas y eso nos quita tiempo y nos cansa, pero si hubiera más personal... Un personal cansado no es lo mismo que si hubiera un personal más descansado; si hubiera más personal, descansas media hora y se agradece mientras que el otro se queda ahí con el paciente porque no se nos permite tener errores, son personas. En el turno de la noche es el que debería tener más personal y es el que tiene menos” (enfermera de 44 años, cinco de experiencia, comunicación personal, 5 de octubre de 2018).
Traslado a otros hospitales	“Muchas las mandamos al área de Tijuana, pero porque no vino el ginecólogo o no tenemos banco de sangre, nosotros no tenemos cuidados intensivos, atendemos a los pacientes aquí y nos arriesgamos, pero ya de plano es muy riesgoso cuando las mandamos, por eso tratamos de hacer el trabajo con lo que tenemos nosotros” (enfermera de 48 años, cinco de experiencia, comunicación personal, 29 de septiembre de 2018).
Falta de empatía	“Por no haber la empatía con el paciente, (...) simple y sencillamente son groseros y no les importa lo que el paciente sienta” (enfermera de 51 años con enfermería técnica, seis de experiencia, comunicación personal, 1 de octubre de 2018).

Fuente: Elaborado por las autoras con base en las entrevistas con el personal de enfermería de hospitales en Baja California, México.

Se reporta que la capacitación es infrecuente y algunas veces impartida por personal que no está en el campo de la obstetricia/ginecología. Muchos participantes concordaron en la necesidad de mejor capacitación y supervisión más eficiente:

Capacitación, supervisión, falta eso, es que si hay buen supervisor detecta la problemática, porque cada quien actúa como le venga en gana, si no te supervisan –ah, pues no hay nadie que me vigile le hago como me da la gana–, hay gente que es muy buena, hay mucha gente que es muy mala que tiene el conocimiento pero nada más quiere venir, checar y estar

sentada, entonces si hay un supervisor que está igual, que no va y nos echa ojo ahí (...) pasa lo que el trabajador quiera que pase (enfermero de 44 años, uno de experiencia, comunicación personal, 25 de octubre de 2018).

Debido a esto, una buena parte del personal entrevistado no estaba al tanto de la NOM 007. Incluso si sabían de ésta, sólo pueden describir aspectos generales, así como de las recomendaciones de la OMS para la dignificación y trato humano de las mujeres embarazadas. Todas las respuestas fueron idénticas cuando a las personas participantes se les preguntó si habían escuchado sobre la NOM 007. El personal entrevistado declaró, “La 007 es la de..., sí me la sé..., es la de..., habla del cuidado materno, del niño recién nacido y del puerperio” (Enfermera de 24 años, 2.5 de experiencia, comunicación personal, septiembre 19, 2018); “¡ay! no sé ¿cuál es esa?” (enfermero de 40 años, cinco de experiencia, comunicación personal, 30 de septiembre de 2018).

En relación con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, sólo uno de los participantes las mencionó:

Es que eso (...) ya está establecido. A nivel mundial la OMS detectó todos estos indicadores que mencionamos, son indicadores porque te señalaban cual es el problema que indican, la misma palabra lo dice, te señalaban qué está pasando a nivel mundial, es a nivel mundial no es nacional eso, ¿eh?, entonces si ya sabes qué es lo que pasa nada más es reforzar (enfermero de 44 años, uno de experiencia, comunicación personal, 25 de octubre de 2018).

Además, el personal de enfermería considera que hay un factor institucional que lleva a algunas deficiencias, son las partidas presupuestarias que se cierran antes de fin de año, como lo menciona uno de los participantes:

Sobre todo, en estos meses de octubre, se cierra el presupuesto, no sé si sepa eso, como en todos lados del país se cierra presupuesto y ya no compran nada, si normalmente cuando estamos completos es normal que en estos meses ya no haya presupuesto y obviamente no hay compras, y si no hay compras pues no hay insumos, y si no hay insumos no hay una buena atención (enfermero de 34 años, uno de experiencia, comunicación personal, 25 de octubre de 2018).

DISCUSIÓN

El principal hallazgo de este estudio es la percepción del personal de enfermería empleado en los servicios de salud públicos como testigos de violencia obstétrica por parte del personal médico. El personal entrevistado mencionó distintos tipos de violencia, como la directa, física y verbal, así como violencia indirecta ejercida a través de cesáreas excesivas e innecesarias, además del uso de analgésicos y episiotomías, por nombrar algunas.

Otro hallazgo relevante fue la identificación de factores institucionales que contribuyen con estas prácticas violentas, que se normalizan e incluso justifican como necesarias, tales como la medicalización y las relaciones asimétricas entre el personal médico y las pacientes, en las que la opinión de las mujeres gestantes es la menos importante de todas (Almaguer González, García Ramírez y Vargas Vite, 2010; Biurrun Garrido y Goberna Tricas, 2013; Pozzio, 2016).

En el mismo sentido, fue difícil para el personal de enfermería percibir actos de omisión en el cuidado o negligencia como prácticas violentas. No obstante, se detectan prácticas de violencia indirecta en su discurso, tales como la omisión en el servicio o prejuicio al clasificar a las mujeres embarazadas. Esto también se ha visto en otros estudios en los que el personal de enfermería, así como las mujeres entrevistadas después del parto, no consideran que estos aspectos sean violentos, más bien estructurales o institucionales (Brilhante y Bessa Jorge, 2020; Da Silva Carvalho y Santana de Brito, 2017; Espinoza-Reyes y Solís, 2020). Empero, la OMS desde 1997 y la NOM 007 definen estas prácticas como violentas y tal información es importante para la formación del personal de enfermería (Da Silva, Sousa, Oliveira, Amorim y Almeida, 2020).

De acuerdo con Almaguer *et al.* (2010), los distintos elementos y comportamientos que indican violencia obstétrica pueden ser clasificados en cinco categorías basadas en las indicaciones de la OMS en relación con los procedimientos médicos durante el embarazo, el nacimiento y el posparto. Estas categorías son: 1) procedimientos técnicos hechos rutina, recomendados para indicaciones médicas específicas; 2) maltrato y humillación; 3) procedimientos obstétricos innecesarios realizados con propósitos educativos por estudiantes, pasantes o residentes de medicina; 4) presupuesto y espacios designados para el cuidado materno; 5) maltrato cultural y social en salud reproductiva.

Este estudio identificó todos estos elementos, especialmente aquellos relacionados con el maltrato, calificados como violencia obstétrica directa y procedimientos innecesarios, considerados violencia obstétrica indirecta. Esto habla de la necesidad de cambios institucionales en el cuidado del embarazo en general y cuidado específico durante el parto. Estos cambios deben afectar la infraestructura y la distribución de materiales, así como la constante capacitación del personal de salud que trabaja en el área obstétrica, que debe incluir valores humanitarios, estar basada en modelos de cuidado centrados en la mujer y reeducar acerca de la abolición de procedimientos que se consideran perjudiciales para las mujeres y los recién nacidos (Arnau *et al.*, 2012; Biurrun-Garrido y Goberna-Tricas, 2013).

Los resultados de este estudio son similares a los reportados en otras investigaciones en México y Latinoamérica, que resaltan violencia obstétrica por parte de obstetras y personal de enfermería. También enfatizan barreras institucionales como falta de espacio, condiciones precarias o no adecuadas para la atención del parto (infraestructura), y la ausencia de capacitación suficiente (Treviño-Siller *et al.*, 2018; Valdez Santiago *et al.*, 2018). No obstante, el presente estudio contribuye a comprender que el propio personal involucrado reconoce esta violencia y llega a justificarla en ocasiones, resaltando la necesidad de promover una cultura de trato justo basada en derechos humanos, sexuales y reproductivos.

El discurso de las personas que participaron evidencia la necesidad de actuar a partir de estos hallazgos para solucionar este problema de salud pública: un asunto que se está conociendo en México, en otros países de Latinoamérica y alrededor del mundo, como lo muestran Bohren *et al.* (2015) en una revisión sistemática de 65 estudios sobre violencia obstétrica en 34 países.

Además, estos comportamientos se incorporan en prácticas de cuidado al punto de ser normalizados, lo que inhibe la reflexión consciente acerca de su uso (Almaguer *et al.*, 2010; Jojoa-Tobar *et al.*, 2019; Pozzio, 2016), y, en consecuencia, generan rechazo o resistencia para realizar un mejor cuidado (Biurrun Garrido y Goberna Tricas, 2013; Bohren *et al.*, 2015).

Como en otros estudios relacionados, los resultados del presente estudio muestran que emociones negativas clave en mujeres embarazadas son: miedo del dolor de parto y expectativas poco realistas (Pozzio, 2016), algunas siguen atemorizadas hasta un año después del nacimiento (Arnau-Sánchez, Martínez-Ros, Castaño-Molina, Nicolás-Vigueras y Martínez-Roche, 2016; Hildingsson, Nilsson, Karlström y Lundgren, 2011); experiencias negativas durante el parto, por ejemplo, el maltrato y el abuso obstétrico pueden contribuir al estrés postraumático en mujeres que nunca habían experimentado síntomas (Dekel, Stuebe y Dishy, 2017); ansiedad e inseguridad en la forma de enfrentar la amenaza de desinformación; pérdida de confianza en el personal médico (Mukamurigo, Dencker, Ntaganira y Berg, 2017); vergüenza debido a la violación de la privacidad; enojo e indefensión ante la jerarquía asimétrica de la estructura hospitalaria (Da Silva Carvalho y Santana de Brito, 2017; Menéndez, 2003) en la que las pacientes son las últimas en la toma de decisiones, forzadas a someterse al profesional experto (Arguedas Ramírez, 2014; Castro, 2014; Secretaría de Salud, 1993); y soledad, vista en la discontinuidad en la atención.

Finalmente, como se reportó en otros estudios (Pozzio, 2016; Treviño-Siller *et al.*, 2020), el personal de salud tiene poco conocimiento de la Norma Oficial Mexicana, lo que resalta la necesidad de incrementar la concientización. La aplicación de este estándar no limita el trabajo de profesionales de la salud; más bien contribuye a reducir los riesgos en el embarazo, nacimiento y cuidados posparto, incluso protege al personal de salud en caso de complicaciones. La NOM se basa en evidencia a nivel internacional (Arnau Sánchez *et al.*, 2012), ofrece acciones de manera que la atención centrada en la mujer se lleve a cabo siguiendo principios de derechos reproductivos, como el respeto a las decisiones de la mujer relacionadas con su vida reproductiva y sexual; fortalece su autonomía y rechaza la idea del nacimiento como proceso patológico o antinatural. Estos avances deben ser usados en beneficio de la madre y el producto durante el embarazo, alumbramiento y posparto a medida que se disponga de mayor tecnología y personal con capacidad para resolver problemas (Ayoubi *et al.*, 2020).

CONCLUSIONES

Diversos estudios confirman la existencia de violencia obstétrica alrededor del mundo. Desafortunadamente, el estado de Baja California, México, no es la excepción. Este estudio identifica ejemplos de violencia obstétrica directa e indirecta, así como factores institucionales que contribuyen al maltrato de mujeres embarazadas y madres primerizas. Hay una clara necesidad de mejorar el trato hacia las mujeres en el trabajo de parto y nacimiento, comenzando por crear mayor consciencia acerca de la Norma Oficial Mexicana vigente (NOM 007) por medio de capacitación continua en cuidados centrados en la mujer estipulados por recomendaciones internacionales. Además, el personal suficiente y la supervisión continua de quienes están a cargo de las mujeres

en el proceso de alumbramiento son críticos, así como también lo es mantener una reserva adecuada de materiales médicos y hospitalarios.

Estudiosos como Espinoza-Reyes y Solís (2020) nos permiten entender este problema de salud pública por medio de entrevistas con varias mujeres quienes dieron a luz en algún momento en años recientes, en las que expresan la violencia sufrida en hospitales públicos y privados en Baja California. Posteriormente, Ayoubi *et al.* (2020) condujeron grupos focales con mujeres después del parto, y con base en esto, desarrollaron un instrumento de evaluación para medir la experiencia de las mujeres en el cuidado respetuoso de la maternidad.

Considerando la evidencia presentada en estudios previos y en el presente, es necesario continuar investigando para entender por qué los profesionales involucrados en el nacimiento y cuidado maternal continúan maltratando a las mujeres en el parto, a pesar de que las recomendaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud tienen más de tres décadas.

RECOMENDACIONES

Cada institución de salud debe realizar evaluaciones internas periódicas y objetivas, así como tomar las medidas consecuentes para corregir incongruencias. Es necesaria una mejor supervisión del desempeño del personal de salud, así como capacitación para el personal obstétrico/ginecológico en relación con la NOM 007, sus indicadores y los estándares de la OMS. Además, es importante promover empatía y actitudes positivas hacia las mujeres gestantes en general, y en mayor medida en trabajo de parto y nacimiento. Los factores institucionales deben ser atendidos, por ejemplo, mejor manejo de turnos, mejorar la actitud hacia las mujeres en general durante la atención al parto y buscar más y mejores estrategias de supervisión para identificar y corregir prácticas inadecuadas. Proveer los materiales necesarios y áreas de tratamiento de manera que los profesionales de salud puedan ofrecer atención oportuna y respetuosa a mujeres embarazadas y en labor de parto, convirtiendo los procesos de gestación en experiencias gratificantes.

Traducción: Luis Cejudo-Espinosa

REFERENCIAS

- Agamben, G. (2009). *What is an apparatus? And Other Essays*. Stanford: Stanford University Press.
- Alexandria, S. T., Oliveira, M. S. S., Alves, S. M., Bessa, M. M. M., Albuquerque, G. A. y Santana, M. D. R. (2019). La violencia obstétrica bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería involucrados en la asistencia al parto. *Cultura de Los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*, 23(53). <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.12>
- Almaguer González, J. A., García Ramírez, H. J. y Vargas Vite, V. (2010). La violencia obstétrica: Una forma de patriarcado en las instituciones de salud. *Género y Salud en Cifras*, 8(3), 4-20.
- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: Propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y El Caribe*, 11(1), 145-169. <https://doi.org/10.15517/c.a.v1i1.14238>
- Arnau Sánchez, J., Martínez Roche, M. E., Nicolás Viguera, M. D., Bas Peña, E., Morales López, R. y Álvarez Munárriz, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225-247. <https://doi.org/10.11156/aibr.070205>
- Arnau Sánchez, J., Martínez-Ros, M. T., Castaño-Molina, Á., Nicolás-Viguera, D. y Martínez-Roche, E. (2016). Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal. Un estudio cualitativo. *Aquichan*, 16(3), 370-381. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.8>
- Ayoubi, S., Pazandeh, F., Simbar, M., Moridi, M., Zare, E. y Potrata, B. (2020). A questionnaire to assess women's perception of respectful maternity care (WP-RMC): Development and psychometric properties. *Midwifery*, 80, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102573>
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Red bioética*, 1(7), 25-34. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11336/12868>
- Biurrun Garrido, A. y Goberna Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: Necesidad de definir el concepto. *Matronas Profesión*, 14(2), 62-66. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/49091>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, 12(6), 1-32. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Brilhante, A. P. C. R. y Bessa Jorge, M. S. (2020). Institutional violence in high-risk pregnancy in the light of pregnant women and nurses. *Revista Brasileira Enfermagem*, 73(5), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0816>
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.

- Castro, R. y Frías, S. M. (2020). Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. *Violence Against Women*, 26(6-7), 555-572. <https://doi.org/10.1177/1077801219836732>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Cenetec). (2014). *Guía de Práctica Clínica (GPC). Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Evidencias y recomendaciones*. Ciudad de México: Sistema Nacional de Salud. Recuperado de https://salud.edomex.gob.mx/hmpmonica_pretelini/docs/guias/Vigilancia%20y%20Manejo%20del%20Trabajo%20de%20Parto%20en%20Embarazo%20de%20Bajo%20Riesgo.pdf
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2019). *Guía de Práctica Clínica (GPC). Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Evidencias y recomendaciones*. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/052GER.pdf>
- Cohen Shabot, S. (2016). Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies*, 39(2), 231-247. <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>
- Da Silva Carvalho, I. y Santana de Brito, R. (2017). Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. *Enfermería Global*, 16(3), 71-97. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>
- Da Silva, T. M., Sousa, K. H. J. F., Oliveira, A. D. da S., Amorim, F. C. M. y Almeida, C. A. P. L. (2020). Violência obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, 1-8. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01466>
- Dekel, S., Stuebe, C. y Dishy, G. (2017). Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>
- Diaz-Tello, F. (2016). Invisible wounds: Obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>
- Espinoza Reyes, E. (2019). *Descolonizar el útero: Experiencias y agencia frente a la violencia obstétrica en Tijuana, México* [Tesis de doctorado no publicada]. El Colegio de la Frontera Norte.
- Espinoza-Reyes, E. y Solís, M. (2020). Decolonizing the Womb: Agency against Obstetric Violence in Tijuana, Mexico. *Journal of International Women's Studies*, 21(7), 189-206. Recuperado de <https://vc.bridgew.edu/jiws/vol21/iss7/14>
- Galtung, J. (2016). La violencia: Cultural, estructural y directa. *Cuadernos de Estrategia*, (183), 147-168.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida, A. C. (2015). *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*. Recuperado de <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>

- H. Congreso del Estado de Baja California. (25 de junio de 2008). *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el estado de Baja California*. Periódico Oficial, núm. 29, Número Especial, Tomo CXV. Recuperado de https://www.congresobc.gob.mx/Documentos/ProcesoParlamentario/Leyes/TOMO_VI/20210813_LEYLIBREVIOLENCIA.PDF
- Herrera Vacaflor, C. (2016). Obstetric violence: A new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.001>
- Hildingsson, I., Nilsson, C., Karlström, A. y Lundgren, I. (2011). A Longitudinal Survey of Childbirth-Related Fear and Associated Factors. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 40(5), 532-543. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01274.x>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi). (2017). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016 [base de datos]. Ciudad de México: Inegi Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>
- Jojoa-Tobar, E., Cuchumbe-Sánchez, Y. D., Ledesma-Rengifo, J. B., Muñoz-Mosquera, M. C., Paja Campo, A. M. y Suarez-Bravo, J. P. (2019). Violencia obstétrica: Haciendo visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(2), 135-146.
- Malatji, R. y Madiba, S. (2020). Disrespect and abuse experienced by women during childbirth in midwife-led obstetric units in Tshwane District, South Africa: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103667>
- Meijer, M., Brandão, T., Cañadas, S. y Falcon, K. (2019). Components of obstetric violence in health facilities in Quito, Ecuador: A descriptive study on information, accompaniment, and position during childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 148(3), 355-360. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13075>
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Meza, A., Mancinas, S., Meneses, S. y Meléndez, D. (2015). Exigibilidad del derecho a la protección de la salud en los servicios de obstetricia en México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(4/5), 360-364.
- Mukamurigo, J., Dencker, A., Ntaganira, J. y Berg, M. (2017). The meaning of a poor childbirth experience – A qualitative phenomenological study with women in Rwanda. *PLoS One*, 12(12), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189371>
- Oliveira, V. J. y Penna, C. M. de M. (2017). Discussing Obstetric Violence Through the Voices of Women and Health Professionals. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26(2), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>

- Pozzio, M. R. (2016). La gineco-obstetricia en México: Entre el “parto humanizado” y la violencia obstetrica. *Revista Estudos Feministas*, 24(1), 101-117. <https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
- Rangel Flores, Y. Y., Martínez Ledezma, A. G., Hernández Ibarra, L. E. y González Acebedo, C. E. (2019). Construcción social de la violencia obstétrica en mujeres Tének y Náhuatl de México. *Revista Da Escola de Enfermagem da USP*, 53, 1-7. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018028603464>
- Secretaría de Salud. (s.f.). Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. Manual de procesos y actividades para fortalecer la sensibilización y capacitación del personal de salud, y su implantación en el Sistema Nacional de Salud. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>
- Secretaría de Salud. (1993). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.* Recuperado de https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco_juridico/normas/nom_05.pdf
- Silverman, D. (2011). *Interpreting qualitative data: A guide to the principles of qualitative research.* Londres: Sage.
- Treviño-Siller, S., González-Hernández, D., Fritz, J., Olvera García, M., Montoya, A., Sánchez-Domínguez, M. y Lamadrid-Figueroa, H. (2020). Is it possible to incorporate evidence-based professional midwifery practices into public health services in Mexico? *Women and Birth*, 33(3), 240-250. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.05.008>
- Treviño-Siller, S., González-Hernández, D., Fritz, J., Rojas, A., Martínez Garrido, P., Olvera García, M., Flores Pimentel, D., Montoya Rodríguez, A., Montero, P., Gómez, V. y Lamadrid-Figueroa, H. (2018). La voz del personal y las usuarias de los servicios de salud: Percepción y conocimiento sobre la partería profesional. En G. Freyermuth (Coord.), *Los caminos para parir en México en el siglo XXI: experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación* (pp. 80-87). Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- United Nations. (s. f.). *Sexual and reproductive health and rights. OHCHR and women's human right and gender equality.* Recuperado de <https://www.ohchr.org/en/node/3447/sexual-and-reproductive-health-and-rights>
- Valdez Santiago, R., Arenas Monreal, L., Rojas Carmona, A. y Sánchez Domínguez, M. (2018). “If we’re here, it’s only because we have no money...” discrimination and violence in Mexican maternity wards. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(244), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1897-8>
- Valdez-Santiago, R., Hidalgo-Solórzano, E., Mojarro-Iñiguez, M. y Arenas-Monreal, L. M. (2013). New evidence concerning an old issue: Abuse against women in delivery rooms. *Revista Conamed*, 18(1), 14-20.

- Vallana Salas, V. V. (2019). “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: Análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Revista Ciencias de La Salud*, 17, 128-144. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125>
- Villanueva, M. y Castro, R. (2020). Sistemas de jerarquización del campo médico en México: Un análisis sociológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6), 2377-2386. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.28142019>
- World Health Organization (WHO). (1996). *Safe motherhood. Care in normal birth: A practical guide. Report of a technical working group* (núm. WHO/FRH/MSM/96.24). Ginebra: World Health Organization/Department of Reproductive Health and Research. Recuperado de https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
- World Health Organization (WHO). (2015). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth* (núm. WHO/RHR/14.23). World Health Organization/Department of Reproductive Health and Research. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf
- World Health Organization (WHO). (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and well-being: executive summary (núm. WHO/RHR/18.12). World Health Organization/Department of Reproductive Health and Research. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272447>