

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

**PROYECTO TERMINAL PARA RECIBIR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÁREA DE
CONCENTRACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA**

**ABUSO CONTRA LAS MUJERES DURANTE
LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA:
ANÁLISIS DE DOS HOSPITALES EN MORELOS**

PRESENTA: SANDRA KARINA HERNÁNDEZ LUNA

COMITÉ DE PT

DIRECTORA: DOCTORA ROSARIO VALDEZ SANTIAGO

ASESORA: MAESTRA ELISA HIDALGO SOLÓRZANO

LECTORA EXTERNA: DOCTORA LUDMILA VITE TORRES

GENERACIÓN: 2013-2015

CUERNAVACA, MORELOS

RESUMEN

Introducción: Se describe un problema de importancia para la salud pública presente no sólo en México sino en varios países del mundo. Muchas mujeres, durante su proceso de embarazo, parto y puerperio, son víctimas de abuso y de un trato irrespetuoso en la atención obstétrica.

Objetivo: Caracterizar la prevalencia y factores asociados del abuso en la atención obstétrica, en mujeres en periodo post-parto inmediato, atendidas en 2 unidades de salud del estado de Morelos.

Metodología: Se realizó un análisis secundario a partir de datos cuantitativos provenientes de un estudio transversal a mujeres (n=512) en periodo postparto inmediato, que fueron atendidas en 2 hospitales del estado de Morelos, en los cuales se brinda atención gineco-obstétrica, durante los meses de mayo y julio de 2012. La recolección de la información se hizo mediante un cuestionario de preguntas cerradas, a todas las mujeres que atendieron su parto en el periodo de estudio y que dieron su consentimiento oral para participar.

Resultados: La prevalencia estimada de abuso en la atención obstétrica entre las participantes fue de 11% en mujeres que mencionaron sentirse maltratadas por alguien del personal de salud, sin embargo, al hacerles preguntas específicas acerca de maltrato verbal y/o físico experimentado, el porcentaje se incrementó a 29%. Las mujeres con mayor posibilidad de sufrir este abuso, son; las mujeres de edades entre 30-34 años (OR: 1.90 [1.00–1.79]), las que hablan algún tipo de lengua indígena (OR: 3.02 [1.02–8.98]), las que tuvieron un parto normal (OR: 1.52 [1.03–2.26]) y las que tienen más años de escolaridad (OR: 1.09 [1.02-1.17]).

Conclusión: A pesar de toda la evidencia y de su inscripción en el marco legal de algunos países latinoamericanos y estados mexicanos, esta situación sigue siendo un problema de salud poco visible y desatendido, continúa desapercibida en las políticas de calidad de los servicios de salud, en el *curriculum* formativo de los/as profesionales de la salud y en programas de promoción de la salud dirigidos a mujeres en edad reproductiva.

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES	7
Estadísticas Internacionales y Nacionales	7
Atención al nacimiento	8
Quejas por mala práctica médica.....	9
Evidencia del abuso y la falta de respeto en la atención obstétrica	9
Hitos internacionales contra la violencia de la mujer.....	10
MARCO CONCEPTUAL.....	14
Violencia contra la mujer.....	14
Abuso y falta de respeto en la atención obstétrica.....	14
Derechos humanos de la mujer	16
Decálogo de los derechos de la embarazada	18
Prácticas innecesarias	18
Recomendaciones de la OMS con respecto a la atención del parto.....	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
Pregunta de investigación.....	22
JUSTIFICACIÓN	23
OBJETIVO GENERAL	24
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
MATERIAL Y MÉTODOS.....	25
Plan de análisis.....	27
Identificación de las variables	28
Operacionalización de las variables.....	30
ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	32
CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
RESULTADOS.....	34
Descripción de la población	34
Salud reproductiva	36
Atención del parto	36

Maniobras y procedimientos durante la atención del parto	38
Abuso durante la atención del parto.....	41
DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES	54
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	55
BIBLIOGRAFÍA	56

INTRODUCCIÓN

Desde hace tiempo, en México y varias otras partes del mundo, se ha demostrado que dentro de las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, con frecuencia se violan los derechos reproductivos de las mujeres. ¹

El proceso de atención del embarazo, parto y puerperio a lo largo de la historia, ha sufrido un gran cambio, anteriormente las mujeres buscaban una partera para atenderse, en la actualidad la responsabilidad se le ha otorgado al personal de salud. ² A nivel mundial, las mujeres que entran en contacto con personal de salud para atender su embarazo o su parto, se exponen a la posibilidad de una relación médico/a-paciente jerarquizada y una visión medicalizada del proceso de parto, que muchas veces resulta en abuso y falta de respeto. ^{1,4} Lo que antes representaba una experiencia íntima para la mujer y su hijo/a, empezó a convertirse en una situación de sufrimiento innecesario, insatisfacción, maltrato a sus derechos humanos y un riesgo para la salud de ambos. ³

Dentro de este contexto, hoy en día, no existe un consenso acerca de cómo llamar a esta situación que viven las mujeres en su atención del embarazo, parto y puerperio, sin embargo, la literatura hace referencia a; violencia obstétrica, violencia física y de género, abuso en el cuidado de la salud, violación de derechos reproductivos en el espacio de los servicios de salud, violencia institucional, calidad de la atención (satisfacción del cliente) y falta de respeto y abuso en la atención del parto. ^{4,6}

Este problema de salud, actualmente no está sujeto a vigilancia epidemiológica, por lo tanto, no se tiene registro de su prevalencia. Expertos en salud materna y en derechos humanos, lo definen actualmente como un problema de salud pública que puede ser entendido como una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, que incluye la trasgresión al derecho de no discriminación, al de igualdad, al de un acceso a una vida sexual satisfactoria, segura y sin riesgos, al de integridad física, al de acceso a la información, a la

salud en general, al de la autonomía reproductiva, al acceso a servicios de salud adecuados, entre otros. ^{3,5}

En este sentido, el abuso en la atención obstétrica implica insultos, humillaciones, ofensas, amenazas, manipulación u omisión de la información y/o negación o aplazamiento del tratamiento, procedimientos médicos sin consentimiento, falta de confidencialidad, violaciones de la privacidad e intimidad de las mujeres, retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago, y este problema de salud puede presentarse en los servicios de salud tanto públicos como privados. ^{3,6} Dentro de las instituciones de salud, muchas veces a las mujeres se les visualiza sólo como usuarias receptoras de estos servicios, y no como ciudadanas sujetas de derecho. ¹

Existe la posibilidad, de ser víctima de un trato irrespetuoso y ofensivo en la atención obstétrica, si se es mujer con las siguientes características; soltera, adolescente, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, pertenecer a un grupo étnico y si se padecen enfermedades como el VIH. ⁶

Hablamos de una situación común, que ha sido naturalizada por el personal, las instituciones de salud, e incluso las propias mujeres y sus familiares, es por ello que su prevalencia e impacto en la salud, se desconocen. ^{6,7}

ANTECEDENTES

Independientemente de la edad, estado civil, lugar de nacimiento, escolaridad o nivel socioeconómico, en el mundo entero una de cada tres mujeres tiene la probabilidad de ser víctima de violencia, ya sea de una manera física, psicológica y/o sexual. En cuanto a las consecuencias, éstas pueden ser llegar a afectar tanto la salud física como mental de la víctima. ⁸

Sin embargo, las mujeres en edad reproductiva se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad y susceptibilidad en comparación con las que no lo están, ya que la violencia puede estar asociada a la incapacidad de defenderse por estar embarazada, con el embarazo en sí, con la pérdida de algún hijo/a o con la dificultad de abortar un producto no deseado. ⁸

Estadísticas Internacionales y Nacionales

En promedio a nivel mundial, cerca del 69% de las mujeres embarazadas, atienden su parto en instituciones de salud, este promedio no es el mismo en todos los continentes, por ejemplo; en Europa se trata cerca del 98%, en África cerca del 48% y en América hablamos cerca del 93%. ⁴

Estos datos, dan un panorama de la proporción de mujeres que ha acudido a los servicios de salud por atención obstétrica, y en consecuencia, entrar en contacto con modelo médico-paciente jerarquizado y de subordinación, y una visión medicalizada del proceso de atención del parto. ¹

En cuanto a México, según datos registrados por el Conejo Nacional de Población (CONAPO) en el 2014, del total de la población a la mitad del año en toda la República Mexicana, el 27.6% son mujeres de entre 15 y 49 años de edad. Lo que significa que son mujeres en edad reproductiva y que en algún momento demandarán atención obstétrica, por lo tanto, existe la posibilidad de que sean víctimas de abuso durante su embarazo, parto y/o puerperio. ⁹

Indicador	Población
Población a mitad de año 2014	119,713,203
Mujeres	61,277,304
Nacimientos	2,243,352
Mujeres en edad reproductiva (15-49) México	33,076,164
Mujeres en edad reproductiva (15-49) Morelos	1,002,812

Tabla 1. Estadísticas Nacionales.

Fuente: CONAPO, Dirección General de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva.
Proyecciones de la población 2010-2030.

Atención al nacimiento

Con base en los resultados del Censo de Población y Vivienda realizado en el año 2010, se encontró que siete de cada diez mujeres en México en edad reproductiva, han dado a luz al menos un hijo/a vivo/a. Esto, traducido en términos de servicios de salud, significa que al menos un 71.6% de éstas mujeres han demandado atención obstétrica.³

Por otro lado, del total de nacimientos que registra la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2012, entre los años 2007 y 2012 (8.4 millones de nacimientos), aproximadamente el 46% (3.86 millones de nacimientos) se llevaron a cabo vía cesárea, cifra que rebasa lo recomendado por la OMS.¹⁰

El número de partos vía cesárea, es uno de los indicadores que visibiliza las prácticas inadecuadas que se llevan a cabo dentro de la atención del embarazo, el parto y el puerperio. En este contexto, cabe mencionar que México ocupa el cuarto lugar a nivel global (después de China, Brasil y Estados Unidos), en la práctica de cesáreas sin justificación médica según la ENSANUT, 2012.³

Quejas por mala práctica médica

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es un organismo de la Secretaría de Salud de México, cuyo fin único es ayudar en la resolución de las quejas médicas emitidas por parte de los/as usuarios/as de los servicios de salud, que han sufrido algún daño o percance como consecuencia de la atención recibida. El mayor número de quejas que se reporta dentro del periodo 1996 - 2007, corresponden al área de ginecología y obstetricia, y representa un 15% del total de quejas por mala práctica médica, lo que representa un aproximado de 2,877 quejas en este periodo. ¹¹

Cabe mencionar, que solo el 5% del total de estas quejas, se reportaron por las usuarias de la Secretaría de Salud, sabiendo que aquí se atiende a un tercio de la población en general. Para sustentar el escaso número de quejas, se hace referencia a la falta de cultura de denuncia y a la falta de acceso real a la justicia, que tiene la población de más bajos recursos.

Evidencia del abuso y la falta de respeto en la atención obstétrica

Existen informes, historias y testimonios tanto del personal de salud (enfermeros/as, médicos/as, psicólogos/as, ginecoobstétricas) como de mujeres víctimas del trato irrespetuoso y ofensivo, que revelan sus experiencias en la atención del proceso del parto. Estos testimonios revelan la existencia de tratos brutales, groseros y vergonzosos, de parte del personal de salud hacia las mujeres que en algún momento requirieron atención obstétrica durante su embarazo, parto y/o puerperio.⁷

En este contexto, son comunes las frases como; "no grites", "no quiero oír ningún ruido de ti", "si te gustó lo dulce ahora aguántate lo amargo", "¡esto es lo que tienes que hacer si quieres obtener tu bebé, mantén las piernas arriba!", de parte del personal de salud hacia las parturientas, con el propósito de mantener a la mujer pasiva y hacer que obedezca órdenes. ^{12,13}

En México y varias partes del mundo, dentro de los ejemplos de trato irrespetuoso y abuso que se ejerce dentro de las instituciones que atienden situaciones obstétricas, se encuentran mujeres golpeadas, abofeteadas, amenazadas, mujeres que son atadas, mujeres deben esperar a que el personal médico termine de comer o de cenar para poder ser atendidas e incluso existe evidencia de abuso sexual de parte del personal médico, durante la atención prenatal. ¹⁴

Al paso del tiempo, el abuso en la atención del parto, se ha visto como algo normal o natural, común y cotidiano dentro del contexto de los servicios de salud, la sociedad y las mismas mujeres que son víctimas. Algunas de las mujeres, prefieren olvidar el abuso vivido y enfocarse en disfrutar a su hijo/a; sin embargo, existen casos donde las víctimas no logran olvidar ni superar esta mala experiencia, y como consecuencia su salud mental se ve afectada. ^{2,3}

Hitos internacionales contra la violencia de la mujer

Existen tratados, pactos, artículos y leyes, que hacen referencia y sancionan el abuso que se ejerce en contra de las mujeres en la atención del parto. ^{2, 15, 16} Hablando a nivel América Latina, países como Bolivia, Perú, Venezuela, Panamá, Paraguay, Nicaragua, Colombia, entre otros, cuentan con este tipo de declaraciones. ¹⁶ En lo que respecta al país de México específicamente, los estados de Chiapas, Guanajuato, Durango y Veracruz han aprobado leyes en este rubro, y cuentan con definiciones de violencia obstétrica. ³

A continuación se muestra una tabla con el marco legal internacional, el de América Latina y el de México, en relación al abuso en la atención obstétrica.

Marco Legal Internacional

- Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (Art. 1)
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948
- Convención Internacional sobre la Eliminación de las Formas de Discriminación Racial, de 1965
- Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966
- Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos de 1976
- Convención de Alma Ata de 1978
- Convención Americana sobre Derechos Humanos de 1978 Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer de 1979
- Convención contra la Tortura y otros Tartos o Penas Cruelles, Deshumanas o Degradantes de 1984
- Convención sobre los Derechos del Niño de 1989
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará) de 1994
- Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2007
- Convenios e Informes del Foro Permanente para las cuestiones Indígenas, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, de 1966
- Conferencia Mundial de la Mujer de 1975
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena en 1993
- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994
- Conferencia Internacional sobre la Mujer de 1995
- Convenio 169 de la OIT
- Recomendaciones de la OMS sobre la Atención del Parto y Nacimiento de 1985-1996

Marco Legal en América Latina

- Ley N° 25.929 “Ley Nacional de Parto Humanizado”. Argentina
- Ley N° 18.426 “Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”. Uruguay
- Ley N° 17.386 “Acompañamiento al Parto y Nacimiento”. Uruguay
- Leyes N° 11.108/2005 Y 11.634/2007, que garantizan la presencia de una acompañante durante el trabajo de parto, parto y postparto. Brasil
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre De Violencia. Venezuela
- Ley 496 que establece que todas las mujeres tienen derecho a ser atendidas de acuerdo a sus costumbres y formas de entender su embarazo, parto y puerperio. Bolivia
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, 2006. Ecuador
- Ley N° 24.685 “Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos que Desarrollen sus Relaciones Personales. Perú
- Ley N° 26.485 “Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos que Desarrollen sus Relaciones Personales. Argentina
- Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. 2005. Perú Chile
- Pacto Nacional de Humanización del Parto Humanizado. Brasil
- Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado. Ecuador
- Iniciativa de Hospitales Centinelas, con prácticas basada en evidencia. Brasil
- Iniciativa para bajar la morbi-mortalidad con la humanización de la atención. Brasil
- Iniciativa de Atención Obstétrica Intercultural en el Hospital de Iquique e iniciativa “Chile Crece Contigo”, para la implementación del parto vertical. Chile

Marco Legal en México

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley General de Salud. Secretaría de Salud 2007
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en sus modificaciones 2004 y 2006
- Sistema de Protección Social en Salud –Seguro Popular-
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido
- Plan Nacional de Desarrollo y Programa Nacional de Salud 2007-2012
- Programa “Arranque Parejo en la Vida”
- Iniciativa de Parto Vertical 003, propuesta por la Unidad de Medicina Tradicional de la Secretaría de Salud, 2008
- Lineamiento Técnico para una Cesárea Segura de la Secretaría de Salud
- Carta de los Derechos del Paciente
- Ley sobre Medicina Tradicional de estado de Oaxaca
- Ley por Acceso de la Mujer a una Vida libre de Violencia, en el Estado de Veracruz
- Estrategia Integral para Acelerar la reducción de la Mortalidad Materna en México, 2010
- Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y de los niños/as

Tabla 2, 3 y 4. Marco Legal Internacional, en América Latina y en México.

Fuente: Nueve Lunas. Atención Humanizada del Parto y Nacimiento.

Carpeta informativa.

MARCO CONCEPTUAL

Violencia contra la mujer

A lo largo de la historia, hombres y mujeres, niños y niñas, han sido víctimas de violencia a nivel mundial, sin embargo, la mujer es más susceptible de sufrirla en comparación con los hombres, simplemente por ser mujer. ⁸

En la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en su capítulo III (Definición y Formas de Violencia contra las Mujeres), la violencia contra la mujer se define como: "todo acto sexista o conducta inadecuada que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, emocional, laboral, económico o patrimonial; la coacción o la privación arbitraria de la libertad, así como la amenaza de ejecutar tales actos, tanto si se producen en el ámbito público como en el privado" ¹⁷

Dentro de las formas de violencia en contra de la mujer, se consideran; la violencia psicológica, física, sexual, doméstica, laboral, mediática, simbólica, institucional, obstétrica, patrimonial y económica, así como el acoso u hostigamiento, amenaza, acceso carnal violento, prostitución forzada, esclavitud sexual, acoso sexual, esterilización forzada, tráfico y trata de mujeres, niñas y adolescentes. ¹⁷

Abuso y falta de respeto en la atención obstétrica

En la actualidad, no existe un consenso acerca de cómo referenciar a la violencia o el abuso ejercido en contra las mujeres por el personal de salud, sin embargo, la literatura hace referencia a: violencia obstétrica, violencia institucional, violencia física y de género, abuso en el cuidado de la salud, violación de derechos reproductivos en el espacio de los servicios de salud, violencia institucional, calidad de la atención (satisfacción del cliente) y falta de respeto y abuso en la atención del parto, como opciones para llamar a este problema. ^{4,6}

La Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en el mismo capítulo donde define la violencia contra la mujer, hace referencia a la violencia obstétrica como: "la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres".¹⁷

Este problema es una forma de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, y se presenta durante la atención del embarazo, parto y puerperio, o durante alguna emergencia obstétrica.¹⁸ Tiene diferentes tipos de expresiones, y puede presentarse en dos modalidades: abuso físico y abuso psicológico.¹⁹

El abuso y falta de respeto en la atención del parto, incluye aspectos como; la discriminación de las usuarias dentro los servicios de salud, intervenciones y procedimientos sin consentimiento, la atención negligente, el abandono de las pacientes, gritos, humillaciones, regaños, golpes, pellizcos y bofetadas, por parte de los/as profesionales de la salud.⁴

Incluye también; manipulación u omisión de la información sobre el parto y el estado del bebé, la negación o aplazamiento de la atención y medicalización injustificada;^{3,19} cabe mencionar, que éste término ha sido adoptado por la OMS.⁴

Antes de enlistar algunas acciones que si bien son no adecuadas dentro de los servicios de salud, hay que mencionar que existen procedimientos concretos que el personal ejecuta cotidianamente, y es básicamente lo que se midió para este estudio;^{2,20}

- 1) No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- 2) Obligar a la mujer a parir en posición horizontal y con las piernas levantadas, existiendo la posibilidad de parir en posición vertical, en cuclillas o hincada.
- 3) Obstaculizar el apego precoz del hijo/a con su madre, sin justificación médica, negándole la posibilidad de cargarlo/a y amamantarlo/a inmediatamente al nacer.
- 4) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de tecnología, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- 5) Practicar el parto por vía cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Derechos humanos de la mujer

Los derechos humanos son un conjunto de atributos o procesos de hombres y mujeres, que determinan una vida digna. Sin embargo, en el caso de las mujeres por el simple hecho de nacer mujer, se suelen no cumplir o violar estos derechos, por motivos de género. ^{8, 21}

Dentro del marco de los derechos humanos, se encuentran los derechos sexuales y reproductivos; se habla también de abuso en la atención obstétrica, cuando alguno de ellos se omite o se viola por parte de personal de salud que atiende un proceso de embarazo, parto y/o puerperio; los siguientes son ejemplos de ellos: ²²

Derechos Reproductivos	Derechos Sexuales
<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a la vida • Derecho a la salud • Derecho a la libertad, seguridad e integridad personal (no ser sometida a torturas, ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes). • Derecho a decidir el número e intervalo de hijos • Derecho a la intimidad • Derecho a la igualdad y a la no discriminación • Derecho a la información adecuada y oportuna • Derecho a disfrutar del progreso científico y dar su consentimiento para ser objeto de experimentación 	<ul style="list-style-type: none"> • Libertad sexual • Derecho a la no violencia, no coerción y no abuso de poder • Derecho a la información • Derecho al libre ejercicio de la sexualidad humana • Derecho a la salud sexual

Tabla 5. Derechos sexuales y reproductivos.

Fuente: Villegas-Poljak A. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. Revista Venezolana. Enero/Junio 2009-Vol. 14/N° 32.

Decálogo de los derechos de la embarazada

Existen también, un conjunto de normas, principios o derechos de la mujer embarazada que deben tomarse en cuenta dentro de la atención del proceso de embarazo y parto, y comúnmente se le llaman “decálogo de los derechos de la embarazada” y son los siguientes: ²³

Decálogo de los Derechos de la Embarazada

1. Derecho a que no la consideren una enferma
2. Derecho a pedir la participación de su pareja
3. Derecho a tener miedo
4. Derecho a elegir
5. Derecho a sentirse dueña de su cuerpo
6. Derecho a no someterse a rutinas médicas innecesarias
7. Derecho a sentir placer y a sentir dolor
8. Derecho a expresarse según su necesidad
9. Derecho al vínculo inmediato con su hijo
10. Derecho al buen trato

Tabla 6. Decálogo de los Derechos de la Embarazada

Fuente: Burgo C. Los Derechos de la Embarazada. Parto y Nacimiento Humanizado.

Prácticas innecesarias

El llevar a cabo procedimientos inapropiados en el parto, sin una evaluación previa del estado de salud y las necesidades de la madre y de su hijo/a y sin justificación, solo por “costumbre” del personal médico, puede llegar a ser peligroso e incluso en algunos casos mortal para ambos. Prácticas como el rasurado, el enema, la administración de oxitocina artificial sin esperar a la progresión natural del parto,

los tactos vaginales, el fórceps, la extracción manual de la placenta, la cesárea, la epistomía, la maniobra de kristeller, la amniotomía temprana (rompimiento de membranas), la separación de la madre y su bebé, son algunas formas de abuso que sufren las mujeres a la hora de parir. ²⁴

La OMS, en su guía para la atención al parto normal, hace la recomendación sobre, que un parto de bajo riesgo, debe llevarse a cabo con el menor uso de la tecnología posible, y en dado caso, siempre debe ser justificado y comunicado el porqué, cómo y cuándo, para que se tome la mejor decisión. ²⁵

Recomendaciones de la OMS con respecto a la atención del parto

La organización Mundial de la Salud (OMS), en 1985 publicó las recomendaciones sobre las prácticas adecuadas para la atención del parto y el nacimiento, con el fin de combatir y hacerle frente al abuso en la atención obstétrica. Estas recomendaciones son 10, y son aplicables dentro del cuidado del embarazo y parto: ²⁶

1. Partos no medicalizados, hacer el mínimo de intervenciones que sean necesarias.
2. Reducir el uso y/o aplicación de tecnología cuando procedimientos simples pueden ser suficientes o superiores.
3. Basarse en evidencias científicas.
4. Desarrollar un sistema de referencias de centros de atención primaria a niveles de cuidado secundario y terciario.
5. Incluir la participación de profesionales de la salud (parteras, especialistas en obstetricia, neonatología, enfermería, educación del parto y de la maternidad, y en ciencias sociales).
6. Ser integral, tomar en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus hijos/as y familias y no solo el cuidado biológico.

7. Centrarse en las familias y dirigirse hacia las necesidades tanto de la mujer y su hijo/a como de su pareja.
8. Tener en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tomar en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Asimismo, existen recomendaciones que conllevan un beneficio para la madre y para su hijo/a, como; el contacto inmediato piel con piel de la madre con su bebé, la lactancia inmediata al nacimiento, la posición vertical (hincada, en cuclillas o sentada) durante el trabajo de parto, el apoyo psicoemocional durante todo el proceso y que los partos vía cesáreas tengan un porcentaje de entre 10 y 15%. ⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El abuso en la atención obstétrica constituye un problema de salud pública y derechos humanos con una larga historia, que por mucho tiempo se había mantenido oculto, pero que hoy en día está cobrando un interés importante.²⁷

Las formas de trato irrespetuoso y ofensivo en las salas de maternidad pueden ser resultado de tres principales factores: la organización de los servicios de salud específicamente del área de gineco-obstetricia, la formación y práctica del personal de salud y el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud y de las mismas mujeres.¹⁸

Resulta difícil conocer la prevalencia e incidencia de este problema de salud, por diferentes razones, como son; la falta de consenso para operacionalizar variables que permitan medir y caracterizar prácticas, acciones o comportamientos que definan el abuso en la atención del parto, y por lo tanto, la ausencia o escasa información a nivel global y regional.^{4,6} Por otro lado, en la mayoría de los casos, el personal de salud se justifica con el pretexto de la precariedad de los sistemas de salud (saturación de los servicios, falta de insumos, falta de recurso humano, falta o una mala infraestructura, jornadas intensas y cargadas).²⁷

Cabe mencionar, que existen factores que pueden propiciar un ambiente para el desarrollo de este tipo de abuso, como la edad, la educación, la etnia, la religión, la ocupación, la condición económica de las usuarias de los servicios, entre otras, sin embargo unos pueden ser factores que aumenten la posibilidad de ser víctimas de abuso durante la atención del parto, y otros pueden disminuir esa posibilidad.⁶

Específicamente en el estado de Morelos, existen hospitales que cuentan con atención gineco-obstétrica, como el Hospital General José G. Parres (Cuernavaca) y el Hospital de la Mujer (Yautepec). Dentro de este contexto, ambos hospitales representan un blanco en donde puede presentarse un trato irrespetuoso y ofensivo en contra de las mujeres embarazadas que acuden por atención obstétrica.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las variables que incrementan la posibilidad de ser víctima de abuso durante la atención del parto, entre las mujeres atendidas en dos unidades de salud del estado de Morelos?

JUSTIFICACIÓN

El abuso durante la atención obstétrica es un problema de salud, en donde la mujer embarazada es comúnmente tratada como una persona enferma. Es vulnerable y susceptible de abuso, debido a que durante éste periodo de su vida tiende a depender de la atención de los/as profesionales de la salud.¹⁸ Este abuso se caracteriza por un trato ofensivo y negligente, que puede incluir burlas, groserías, humillaciones, golpes, omisión de la información, negación de la atención, entre otras.^{3,6}

A pesar de la abundante evidencia que demuestra que el abuso en la atención del parto es un problema real, presente y reconocido como problema de salud pública, no hay un consenso de cómo nombrar a este tipo de abuso, lo cual limita el desarrollo de intervenciones y de políticas públicas que contribuyan a su eliminación.¹ He aquí la importancia de seguir enfocando investigaciones a este reconocido problema de salud de México y varios países del mundo.⁷

Entender, cuáles son las variables que incrementan o disminuyen la posibilidad de ser víctimas de este problema, profundizarse en la comprensión de la formación de los profesionales de la salud y del funcionamiento de las instituciones, debe ser también objeto de estudio.¹

Estar conscientes de que el problema existe, y está presente en los servicios de salud, tanto públicos como privados, nos lleva a buscar y discutir posibles soluciones, para poder enfrentar y parar este tipo de violencia contra la mujer.

Para el sector salud en general, es necesario contar con información verídica y suficiente, para la toma de decisiones y el para diseñar políticas y programas, en pro de la salud de todas las poblaciones.

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la prevalencia y factores asociados del abuso en la atención obstétrica, en mujeres en periodo post-parto inmediato, atendidas en 2 unidades de salud del estado de Morelos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estimar la prevalencia de abuso en la atención obstétrica de las mujeres en el post-parto inmediato, que asisten a 2 unidades de salud del estado de Morelos.
2. Identificar factores asociados al abuso en la atención obstétrica de las mujeres en el post-parto inmediato.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un análisis secundario de datos a partir de datos cuantitativos provenientes de un estudio transversal a mujeres (n=512) en periodo postparto inmediato, que fueron atendidas en 2 hospitales del estado de Morelos, en los cuales se brinda atención gineco-obstétrica: Hospital General José G. Parres de Cuernavaca (hospital 1) y Hospital de la Mujer de Yautepec (hospital 2). Ésta información fue recolectada como parte del estudio “Modelo de intervención: hacia la erradicación del maltrato en salas de parto identificación del maltrato hacia la mujer en salas de parto en Morelos”, cuya responsable fue la Doctora Rosario Valdez Santiago. Dicho estudio, fue aprobado por los Comités de Ética en Investigación, Bioseguridad e Investigación del INSP. Cabe mencionar que todas las participantes dieron su consentimiento oral para participar antes de la recolección de datos.

El periodo de estudio entre el cual se recabaron los datos fue del 7 de mayo al 7 de junio del año 2012. En total se obtuvieron datos de 512 mujeres que atendieron su embarazo en alguna de las dos unidades de salud de estudio y, que además cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La recolección de la información se hizo mediante un cuestionario a mujeres en periodo postparto inmediato y toda la información fue auto-reportada por las mujeres participantes, ningún dato se obtuvo de registros o reportes clínicos.

Criterios de inclusión:

- Mujeres que demandaron atención del parto en las unidades seleccionadas durante el periodo de estudio.
- Mujeres que aceptaron participar en el estudio.

Criterio de exclusión:

- Mujeres que presentaron alguna discapacidad para responder el cuestionario.

- Mujeres que no hablaran español

El cuestionario empleado, permitió explorar desde la perspectiva de las usuarias hasta el trato recibido durante la atención recibida en las salas de parto en las instituciones participantes en el estudio. Se solicitó a la enfermera responsable en turno, información correspondiente a las mujeres que habían ingresado a la sala y cuyo diagnóstico fuera postparto inmediato. Una entrevistadora capacitada hizo la invitación para participar en el estudio, la invitación se hizo de forma individual, para lo cual la entrevistadora iba cama por cama. Se aplicó el cuestionario a todas las mujeres que se encontraban en post-parto inmediato y que hubieran parido un hijo/a vivo/a o muerto/a a través de parto natural o cesárea en la unidad seleccionada en el periodo de un mes.

A continuación se muestra un diagrama del diseño de estudio:



Cabe mencionar, que al hablar de atención obstétrica, nos referimos al parto vaginal (parto normal o natural) y al parto vía cesárea (parto abdominal), no se englobó ninguna otra forma de atención obstétrica.

Plan de análisis

Se realizó un análisis estadístico utilizando el programa Stata v.12.0, y se inició con un análisis descriptivo de todas las variables de interés, en términos de su distribución.

Análisis univariado Descripción general de las variables			
Análisis bivariado			
V. Dependiente	Variables independientes		
Abuso en la atención obstétrica (Percepción de abuso, abuso verbal y abuso físico)	Lengua indígena, tipo de parto, tipo de embarazo, estado civil	Dicotómicas	*Prueba de Chi2 *Prueba exacta de Fischer
	Edad, escolaridad, actividad laboral, derechohabencia	Politómicas	*Regresión logística simple
Análisis multivariado Regresión logística para identificar que variables incrementan la posibilidad de abuso en la atención obstétrica			

Se generó un modelo multivariado utilizando regresión logística múltiple. Iniciamos con un modelo saturado, al que se incluyeron las variables que mostraron un nivel de significancia igual a menor a 0.20 y las que se consideran teóricamente plausibles. El procedimiento de selección de las variables para tener un modelo final, fue mediante eliminación regresiva.

Identificación de las variables

Variable Dependiente:

Abuso en la atención obstétrica

Variables Independientes:

Datos personales y sociodemográficos

- Edad
- Escolaridad
- Religión
- Lengua indígena
- Estado civil
- Actividad laboral
- Derechohabiencia

Salud reproductiva

- Tipo de embarazo
- Control prenatal
- Tipo de parto
- Gesta
- Número de embarazos
- Edad del primer embarazo

Embarazo y parto actual

- Duración de parto
- Dolor en el parto
- Posición según necesidades
- Información sobre no poder estar acompañada
- Contacto inmediato con hijo/a

Maniobras y procedimientos de parto (procedimiento, consentimiento, explicación)

- Tricotomía (rasurado de genitales)
- Enema (lavativa)
- Episiotomía (incisión en el periné de la mujer)
- Amniotomía (rompimiento del saco amniótico)
- Sonda vesical
- Uso de oxitócicos (medicamento para agilizar el parto)
- Tacto vaginal

Operacionalización de las variables

Variable de estudio	Definición conceptual	Escala de medición	Definición operacional
Variable Dependiente			
Abuso en la atención obstétrica	Acción específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres ejercida por el personal de salud	Cualitativa Nominal Dicotómica	0=No 1=Sí
Variabes Independientes			
Datos personales y sociodemográficos			
Edad	Tiempo de vida transcurridos desde el nacimiento en años cumplidos (años)	Cuantitativa	13-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-44 años 45-49 años
Escolaridad	Grado de estudio alcanzado en el sistema educativo	Cualitativa Ordinal	0=Ninguno/Primaria 1=Secundaria 2=Preparatoria/Bachillerato 3= Universidad
Religión	Actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial y moral	Cualitativa Nominal	1=Católica 9=Otra 10=Ninguna
Lengua indígena	Lengua materna de cualquier grupo indígena de México	Cualitativa Nominal Dicotómica	0=No 1=Sí
Estado civil	Situación determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco	Cualitativa Nominal Dicotómica	0= Sin pareja 1=Con pareja
Actividad laboral	Trabajo o <i>actividad</i> remunerada	Cualitativa Nominal	1=Trabaja 2=Estudia 3=Ama de casa 4=Incapacitada 5=No trabaja
Derechohabiencia	Derecho de las personas a recibir atención médica en instituciones de salud públicas	Cualitativa Nominal	1=Seguro Popular 9=Otro 10= Ninguno
Salud reproductiva			
Tipo de embarazo	Período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto	Cualitativa Nominal Dicotómica	0=Alto riesgo 1=Normal
Control prenatal	Exploraciones que permiten al personal de salud hacer una evaluación del estado de salud de la madre y de su hijo/a	Cualitativa Nominal Dicotómica	0=No 1=Sí

Tipo de parto	Culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida del bebé del útero materno	Cualitativa Nominal Dicotómica	0=Cesárea/Cesárea programada 1=Normal
Gesta	Hace referencia al número de embarazos	Cualitativa Nominal Dicotómica	0=Multigesta 1=Primigesta
No. embarazos	Número de gestas	Cuantitativa Discreta	1 – 10
Edad del primer embarazo	Edad a la que las mujeres tuvieron su primera experiencia de embarazo-parto	Cuantitativa Discreta	12 – 40
Embarazo y parto actual			
Duración del parto	Tiempo que transcurre para permitir el nacimiento de tu bebé	Cuantitativa Ordinal	1=No tuvo 2=0-5 horas 3=6-10 horas 4=> 11 horas
Dolor en el parto	<i>Dolor</i> abdominal fuerte y constante	Cualitativa Nominal Dicotómica	0=No 1=Sí
Posición según necesidades	Posibilidad de caminar y buscar posiciones que beneficien a la mujer durante el trabajo de parto	Cualitativa Nominal Dicotómica	0=No 1=Sí
Información sobre no poder estar acompañada	Información acerca de no tener contacto alguno con algún familiar y/o pariente cercano durante el proceso del parto	Cualitativa Nominal Dicotómica	0=No 1=Sí
Contacto inmediato con hijo/a	Contacto temprano y prolongado entre la madre e hijo/a	Cualitativa Nominal Dicotómica	0=No 1=Sí
Maniobras y procedimientos de parto (procedimiento, consentimiento, explicación)			
Tricotomía	Eliminación del vello genital	Cualitativa Nominal Dicotómica	0=No 1=Sí
Enema	Lavativa	Cualitativa Nominal Dicotómica	0=No 1=Sí
Episiotomía	Incisión quirúrgica en la zona del periné femenino	Cualitativa Nominal Dicotómica	0=No 1=Sí
Amniotomía	Rotura de membranas	Cualitativa Nominal Dicotómica	0=No 1=Sí
Sonda vesical	Sondas para drenar vejiga	Cualitativa Nominal Dicotómica	0=No 1=Sí
Uso de oxitócicos	Administrar medicamento para agilizar o forzar el parto natural	Cualitativa Nominal Dicotómica	0=No 1=Sí
Tacto vaginal	Examinación, mediante los dedos índice y medio, las estructuras pélvicas a través de las paredes de la vagina	Cualitativa Nominal Dicotómica	0=No 1=Sí

ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Para la realización de este proyecto, se evaluó la factibilidad técnica, económica, financiera, justificación o impacto social y ambiental que tiene, y de igual forma se identificaron los posibles riesgos que pueda traer como consecuencia su elaboración.

El propósito de este proyecto fue caracterizar la prevalencia y los factores asociados al abuso en la atención obstétrica, en mujeres en periodo post-parto inmediato, atendidas en dos unidades de salud del estado de Morelos, por lo tanto, con el análisis y la información recabada, se identificaron algunas variables que incrementan la posibilidad de las mujeres, de ser víctimas de abuso en la atención del parto; con estos resultados se hicieron recomendaciones, para intentar traducir el conocimiento en acciones.

En cuanto al análisis de factibilidad técnica, se contó con toda la tecnología y toda la información necesaria para llevar a cabo el presente proyecto, no fue necesario hacer ninguna inversión ni adquisición. Como se trata de un análisis de una base de datos, la información ya estaba recabada y el análisis se empezó una vez aprobado el protocolo por el Comité de Ética e Investigación del Instituto de Salud Pública.

Al tratarse de un proyecto que tiene por objetivo analizar una base de datos ya existente, el proyecto fue factible económicamente, lo que significó que el análisis realizado, es justificado por los resultados obtenidos.

En lo que respecta al impacto social y ambiental, se obtuvo evidencia suficiente para demostrar, que el abuso en la atención del parto, es un problema de salud pública que debe investigarse desde la perspectiva del personal de salud y el sistema sanitario vigente, para así combatirlo. Y por último, en cuanto a los posibles riesgos que pudo traer el presente proyecto, no se encontró alguno posible.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente protocolo PT fue enviado a Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública para su aprobación. El estudio que dio origen a la base de datos fue evaluado y aprobado para su ejecución por las Comisiones de Investigación y Ética del Instituto Nacional de Salud Pública. Para garantizar la confidencialidad de los datos, solo la investigadora responsable y la persona encargada de realizar los cuestionarios tuvieron acceso a la información. Además, se emplearon identificadores numéricos para el caso de las mujeres, en ningún momento se obtuvo algún identificador personal como nombre o dirección.

En todos los casos, se solicitó consentimiento informado oral, se informó sobre la voluntariedad de la participación y a cada mujer se le hizo saber que en cualquier momento podía abandonar el estudio.

Para el presente proyecto PT, se contó con una carta que avaló que la base de datos a analizar, cuenta con autorización y permiso de los/as investigadores/as responsables del proyecto para ser utilizada. La base de datos así como la información encontrada en el análisis, se utilizó de forma confidencial, única y exclusivamente para cumplir los objetivos descritos en este documento. Asimismo, los resultados se dieron a conocer con exactitud y apego a los hallazgos del proyecto.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se obtuvo información de 512 mujeres que solicitaron atención del parto en alguna de las dos unidades de salud de estudio y, que además cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; el 62% (n=319) de mujeres fueron captadas en el hospital 1. Para la presentación de los resultados de este estudio, las unidades de salud se mostrarán como “hospital 1” y “hospital 2”.

Descripción de la población

Las características generales de las mujeres que participaron en el estudio se presentan en el **Cuadro 1**; podemos observar que aproximadamente 64% de las mujeres son jóvenes, entre 13 y 24 años, 43% reportaron estudios de nivel secundaria y 28% preparatoria o bachillerato. La religión predominante es la católica, referida por 77% de mujeres, en menor proporción se encuentran aquellas pertenecientes a la religión cristiana, evangelista, bautista, testigos de Jehová, entre otras. La mayoría de las mujeres sólo habla español, sin embargo 3% dijo hablar alguna lengua indígena, como mixteco y/o náhuatl. 86.5% afirmaron tener pareja actualmente, ya sea casadas o en unión libre. Respecto a la ocupación, 85% se dedican a labores del hogar, y el 96% de ellas dijeron estar afiliadas al seguro popular. Dentro de todas estas características, únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas por hospital, en la variable escolaridad ($p=0.018$).

Cuadro 1. Características generales de las mujeres participantes

Características	Hospital 1 % n= 319	Hospital 2 % n= 193	Total % n= 512	Valor p *
Edad				0.873 ‡
13-19 años	31.34	28.5	30.27	
20-24 años	33.23	34.72	33.79	
25-29 años	16.61	20.21	17.97	
30-34 años	9.4	9.33	9.38	
35-39 años	7.21	5.7	6.64	
40-44 años	2.19	1.55	1.95	
Escolaridad				0.018 †
Primaria comple/incomple	26.73	20.21	24.27	
Secundaria	45.28	38.86	42.86	
Prepa/Bachillerato	23.58	36.27	28.38	
Universidad	4.4	4.66	4.50	
Religión				0.420 †
Católica	75.86	79.27	77.15	
Otra	19.44	15.03	17.77	
Ninguna	4.7	5.7	5.08	
Lengua indígena				0.205 †
Sí	2.19	4.15	2.93	
No	97.81	95.95	97.07	
Estado civil				0.284 †
Con pareja actual	85.27	88.6	86.52	
Sin pareja actual	14.73	11.4	13.48	
Actividad laboral				0.555 ‡
Trabaja	7.84	9.84	8.59	
Estudiante	1.57	3.11	2.15	
Ama de casa	86.52	82.38	84.96	
Incapacitada	0.31	-	0.2	
No trabaja	3.76	4.66	4.1	
Derechohabiencia				0.064 ‡
Seguro Popular	94.67	97.41	95.7	
Otro	0.31	1.04	0.59	
Ninguno	5.02	1.55	3.71	

* Prueba de Chi² para la comparación entre mujeres atendidas en hospital 1 y hospital 2

† Prueba de Chi²

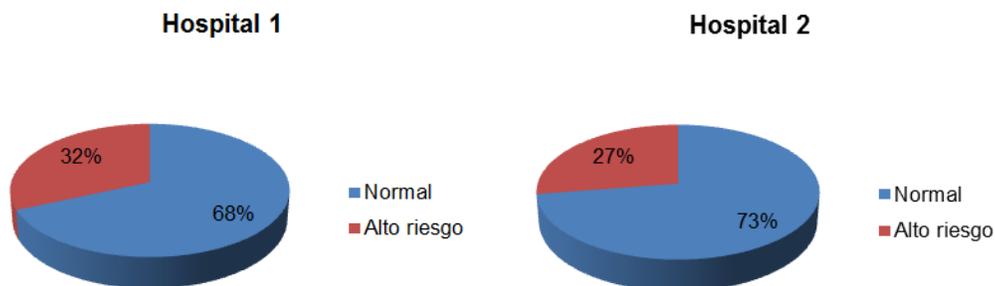
‡ Prueba exacta de Fisher

Salud reproductiva

Para aproximadamente el 45% (n=229) de nuestras informantes, el parto “actual” representa su primer embarazo-parto; y para quienes han tenido hijos/as previamente, en promedio reportan haber tenido 3 hijos/as. En cuanto a la edad reportada acerca de su primer embarazo, en promedio fue de 19 años.

En las siguientes figuras, se describen características reproductivas de las mujeres participantes; en la **Figura 1**, se describe el tipo de embarazo según el riesgo informado por las usuarias. El embarazo clasificado como “normal” o de bajo riesgo fue referido por 70% de las usuarias, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativa por hospital ($p=0.315$), 94% de ellas refirieron tener revisiones constantes durante el proceso de su embarazo, ya sea por parte de un médico/médica, enfermero/enfermera y/o partera, para esto si se encontraron diferencias estadísticamente significativa por hospital ($p=0.005$).

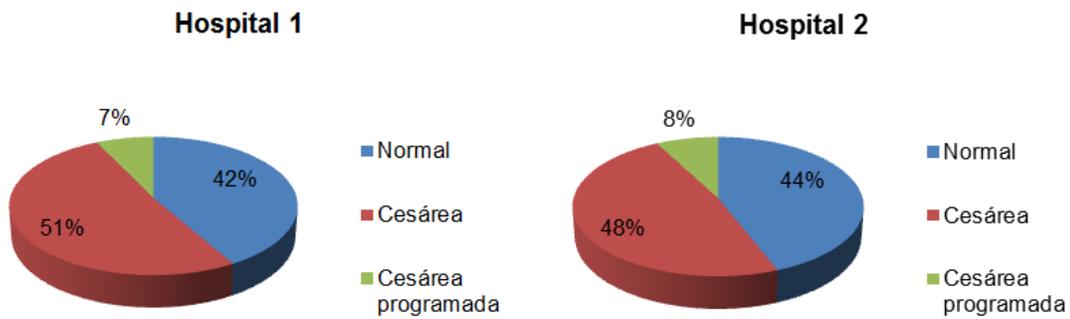
Figura 1. Tipo de embarazo por hospital



Atención del parto

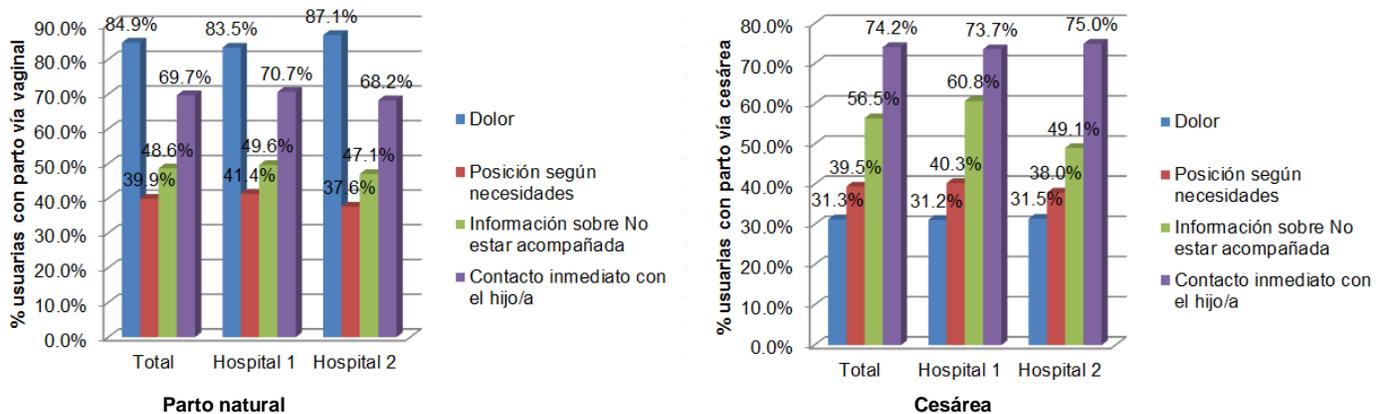
La **Figura 2** describe el tipo de parto, observando que la cesárea fue la forma más frecuente de nacimiento con un promedio de 58% en ambos hospitales, ya sea programada o imprevista. Podemos darnos cuenta que en ambos hospitales, los índices de cesárea son similares, en este aspecto, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por hospital ($p=0.602$).

Figura 2. Tipo de parto por hospital



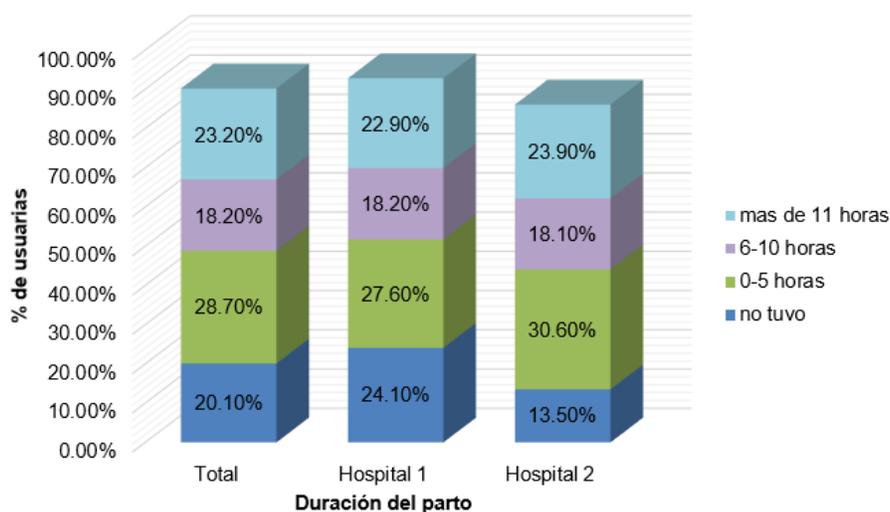
Del 42% (n=218) de las mujeres que tuvieron un parto normal, podemos ver en la **Figura 3** las características de su parto y su post-parto, observamos las variables; “¿sintió mucho dolor durante el proceso?”, “¿se le permitió caminar o buscar posiciones según sus necesidades?”, “¿se le informó que no podía estar acompañada por alguien de confianza en el trabajo de parto o al momento de nacer su bebe?”, “¿se le permitió el contacto inmediato con su hijo/a antes de que lo revisaran?”, graficadas, comparándolas con las mujeres que tuvieron un parto vía cesárea. Sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas por hospital en cuanto a la variable “dolor durante el parto” ($p=0.011$).

Figura 3. Características del parto y post-parto inmediato por hospital y por tipo de embarazo



En cuanto a la duración del parto, observamos en la **Figura 4** los porcentajes de la duración del parto general y en ambos hospitales. El 20% del total de las entrevistadas refirió no haberlo cursado, y una tercera parte de las mujeres indicó un trabajo de parto con duración de entre 0 y 5 horas, y de esta proporción, 71% tuvo a su hijo/a vía vaginal. Las categorías de duración del trabajo de parto analizadas por hospital, son estadísticamente significativa ($p=0.000$).

Figura 4. Duración del parto



Maniobras y procedimientos durante la atención del parto

En relación al tipo de procedimientos o maniobras realizadas sin consentimiento y sin explicación, según lo reportado por las usuarias, los **Cuadros 2 y 3** nos muestran la información y en la **Figura 5**, observamos las prácticas totales realizadas y por hospital. Dentro de este rubro, se encontraron diferencias significativas por hospital en el enema ($p=0.000$), episiotomía ($p=0.000$), amniotomía ($p=0.001$) y en los tactos vaginales ($p=0.033$).

Cuadro 2. Distribución de las usuarias según el tipo de procedimiento realizado sin consentimiento

Procedimiento	n	%
Tricotomía	62	12.1
Enema	47	9.2
Episiotomía	74	17.6
Amniotomía	68	15.6
Sonda vesical	117	23
Oxitócicos	57	11.1
Tacto vaginal	94	18.4

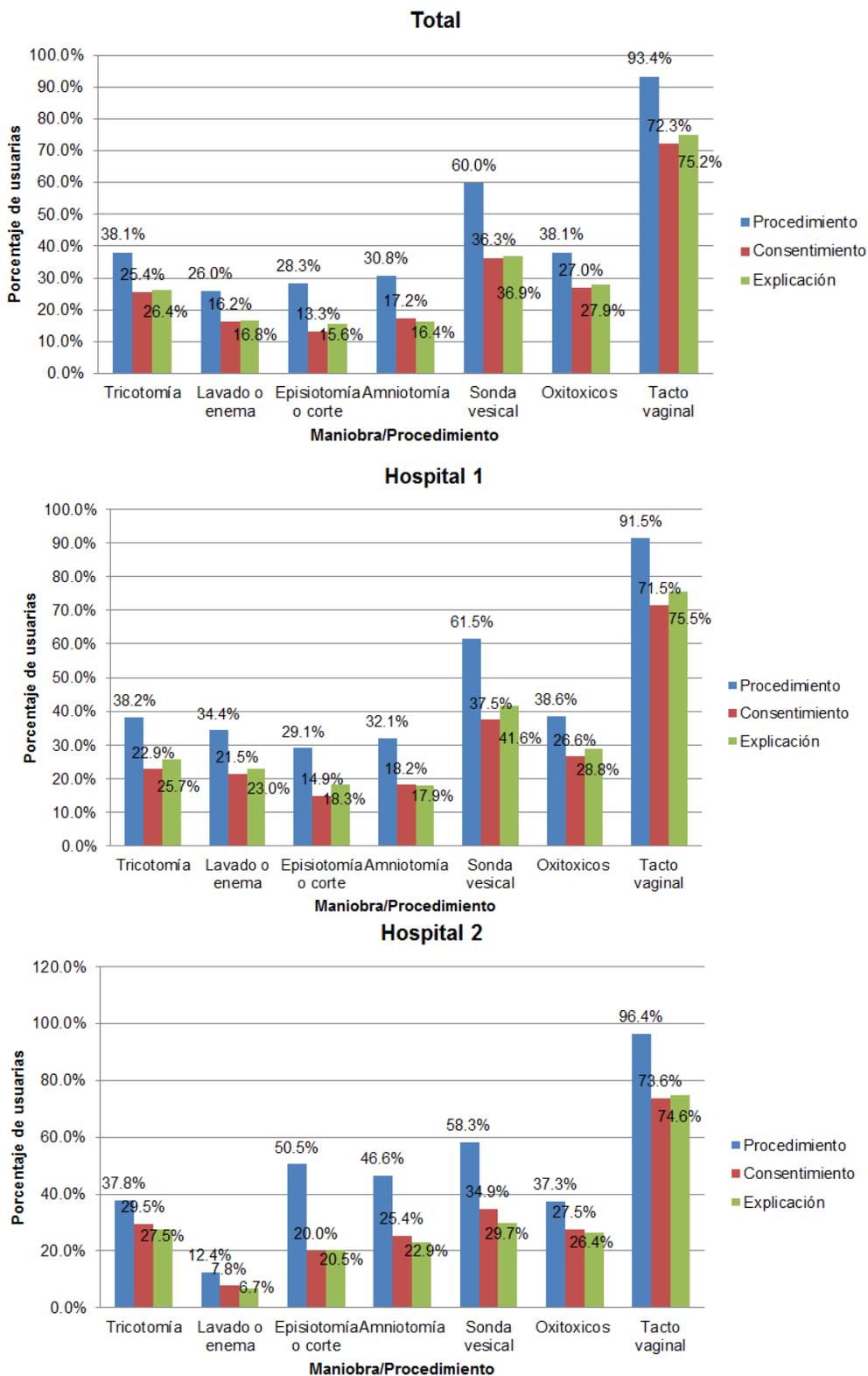
Cuadro 3. Distribución de las usuarias según el tipo de procedimiento realizado sin explicación

Procedimiento	n	%
Tricotomía	57	11.1
Enema	44	8.6
Episiotomía	62	14.7
Amniotomía	72	16.5
Sonda vesical	114	22.4
Oxitócicos	52	10.2
Tacto vaginal	80	15.6

Se encontró que el 93% de las mujeres encuestadas reportaron haber tenido tactos vaginales, siendo esta la maniobra más frecuente durante la atención del parto. En segundo lugar se encuentra la colocación de una sonda vesical, seguido del uso de oxitócicos para acelerar el proceso del parto y la tricotomía.

La amniotomía se realizó según el reporte de las usuarias, al 20.5% de ellas, esta proporción fue mayor en el hospital 2 (46.5%). La episiotomía y el enema, fueron reportadas por el 28% y el 26% de las mujeres, respectivamente (la primera maniobra se realizó en mayor porcentaje en el hospital 2 (50.5%), y la segunda se realizó en mayor porcentaje en el hospital 1 (34.5%)).

Figura 5. Maniobras y procedimientos durante la atención del parto



Abuso durante la atención del parto

Ahora, respecto a la prevalencia de abuso en la atención del parto, como definición de la variable “abuso” se tomaron en cuenta 3 tipos de abusos dentro del cuestionario: “¿se sintió maltratada por el personal de salud?”, (percepción del abuso), ¿”alguien le dijo...?”, (abuso verbal con frases como “no se queje” “no llore” “no grite”, con regaños y humillaciones) y/o ¿”alguien le hizo...?” (abuso físico descrito como: “me hicieron presión en el abdomen con ambas manos o con el antebrazo”, y otros reportes como sutura sin anestesia, golpes en las piernas, amenaza, pellizco).

Al preguntarles a las mujeres si se habían sentido maltratadas por alguien del personal de salud, 11% de ellas respondió afirmativamente (esta proporción fue similar en ambos hospitales). El/la autor/ra del abuso que reportaron las mujeres, fue enfermeras (40%), médicas (30%) y médicos (23%). El 19% refirió haber sufrido algún tipo de abuso verbal, y casi 8% de las mujeres declararon abuso físico (esta información se muestra desglosada en el **Cuadro 4**). Sólo se encontraron diferencias significativas por hospital, en cuanto al abuso físico ($p=0.003$).

Cuadro 4. Prevalencia de abuso en la atención del parto, por tipo de abuso

	Hospital 1	Hospital 2	Total	Valor p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Se sintió maltratada	36 (11.29)	21 (10.88)	57 (11.13)	0.888
Abuso verbal	57 (17.86)	42 (21.76)	99 (19.34)	0.280
Abuso físico	33 (10.34)	6 (3.10)	39 (7.61)	0.003

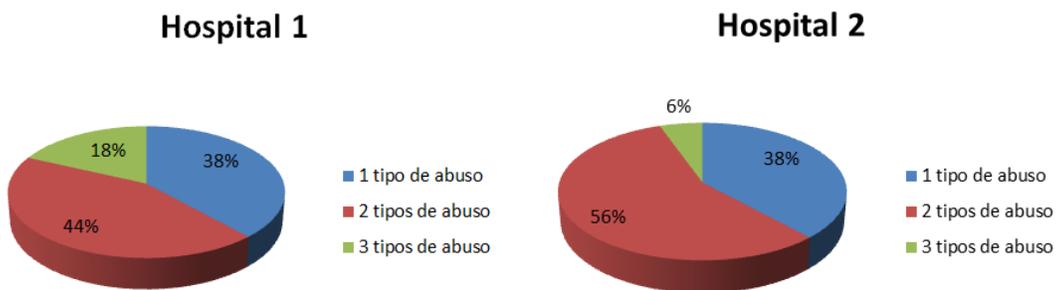
Dentro de este contexto, entre el total de población entrevistada, se registró una prevalencia de 29% de mujeres que declararon padecer algún tipo de situación de abuso y trato irrespetuoso y ofensivo durante la atención de su parto, esto se muestra en el **Cuadro 5**; no se encontraron diferencias por hospital ($p=0.815$).

Cuadro 5. Prevalencia de abuso en la atención del parto hacia las mujeres

Abuso durante la atención del parto	Hospital 1 n (%)	Hospital 2 n (%)	Total n (%)	Valor p
Sí	94 (29.47)	55 (28.5)	149 (29.10)	0.815
No	225 (70.53)	138 (71.5)	363 (70.90)	

Dentro del promedio de todas las usuarias se encontró que el 48% de ellas presentaron 2 tipos de abuso, el 38% tan solo un tipo de abuso y el resto la combinación de los tres tipos de abuso. Podemos observar en la **Figura 6**, ésta información por hospital.

Figura 6. Tipos de abuso en la atención del parto por hospital



La prevalencia estimada de abuso en la atención obstétrica entre las participantes fue de 29%; al explorar la prevalencia, encontramos que en cuanto a la percepción de abuso; 11% de las mujeres la reportaron, 19% reportó haber presenciado abuso verbal y cerca del 8% indicó haber sufrido abuso físico. Las mujeres que participaron en el estudio y reportaron cualquier tipo de abuso mostraron características sociodemográficas mostradas en los **Cuadros 6 y 7**.

Cuadro 6. Características generales de las mujeres participantes por abuso

Característica	Abuso		Total (n=512)	Valor p *
	Sí (n=149)	No (n=363)		
Edad				0.648 ‡
13-19 años	30.87	30.03	30.27	
20-24 años	31.54	34.71	33.79	
25-29 años	16.11	18.73	17.97	
30-34 años	12.75	7.99	9.38	
35-39 años	6.71	6.61	6.64	
40-44 años	2.01	1.93	1.95	
Escolaridad				0.099 †
Ninguna/Primaria	20.81	25.69	24.27	
Secundaria	38.26	44.75	42.86	
Prepa/Bachillerato	35.57	25.41	28.38	
Universidad	5.37	4.14	4.5	
Religión				0.333 †
Católica	73.15	78.79	77.15	
Otra	20.13	16.8	17.77	
Ninguna	6.71	4.41	5.08	
Lengua indígena				0.128 †
Sí	95.30	97.80	2.93	
No	4.70	2.20	97.07	
Estado civil				0.092 †
Con pareja actual	82.55	88.15	86.52	
Sin pareja actual	17.54	11.85	13.48	
Actividad laboral				0.090 ‡
Trabaja	11.41	7.44	8.59	
Estudiante	4.03	1.38	2.15	
Ama de casa	79.19	87.33	84.96	
Incapacitada	-	0.28	0.2	
No trabaja	5.37	3.58	4.1	
Derechohabiencia				0.686 ‡
Seguro Popular	95.97	95.59	95.7	
Otro	-	0.83	0.59	
Ninguno	4.03	3.58	3.71	

* Prueba de Chi² para la comparación entre mujeres que presentaron abuso en la atención obstétrica y las que no

† Prueba de Chi²

‡ Prueba exacta de Fisher

Cuadro 7. Salud reproductiva de las mujeres participantes por abuso

	Abuso		Total (n=512)	Valor p *
	Sí (n=149)	No (n=363)		
Tipo de embarazo				
Normal	73.83	68.32	69.92	0.217
Alto riesgo	26.17	31.68	30.08	
Control prenatal				
Sí	94.63	94.21	94.34	0.853
No	5.37	5.79	5.66	
Tipo de parto				
Normal	48.32	40.22	42.58	0.092
Cesárea/Cesarea programada	51.68	59.78	57.42	
Gesta				
Primigesta	47.65	43.53	44.73	0.394
Multigesta	52.35	56.47	55.27	

* Prueba de Chi2 para la comparación entre mujeres que presentaron abuso en la atención obstétrica y las que no

El modelo final estuvo conformado por las siguientes variables: lengua indígena ($p=0.046$), tipo de parto ($p=0.035$), gesta ($p=0.189$), hospital ($p=0.398$), edad en la categoría de 30-34 años ($p=0.048$) y años de escolaridad ($p=0.010$). En el **Cuadro 8** se presenta el modelo final de éste análisis, con todos sus valores.

Cuadro 8. Modelo final para el abuso en la atención del parto

Variables	Abuso en la atención del parto			Abuso en la atención del parto		
	OR *	IC95%	Valor P	OR ‡	IC95%	Valor P
Lengua indígena	2.18	0.77 - 6.14	0.137	3.02	1.02 - 8.98	0.046
Estado civil	1.57	0.92 - 2.67	0.094	-	-	-
Tipo de embarazo	1.30	0.85 - 2.00	0.213	-	-	-
Control prenatal	1.08	0.46 - 2.50	0.853	-	-	-
Tipo de parto	1.38	0.94 - 2.03	0.093	1.52	1.03 - 2.26	0.035
Gesta	1.18	0.80 - 1.73	0.394	1.31	0.87 - 1.96	0.189
Hospital	1.04	0.70 - 1.55	0.815	1.19	0.79 - 1.79	0.398
Edad						
13-19 años	1.19	0.67 - 2.13	0.545	-	-	-
20-24 años	1.05	0.59 - 1.87	0.850	-	-	-
25-29 años	1	-	-	-	-	-
30-34 años	1.85	0.88 - 3.90	0.102	1.90	1.00 - 1.79	0.048
35-39 años	1.18	0.49 - 2.82	0.709	-	-	-
40-44 años	1.21	0.29 - 5.07	0.790	-	-	-
Religión						
Católica	1	-	-	-	-	-
Otra	1.29	0.79 - 2.10	0.307	-	-	-
Ninguna	1.63	0.72 - 3.72	0.237	-	-	-
Actividad laboral						
Trabaja	1.69	0.89 - 3.22	0.107	-	-	-
Estudia	3.23	0.96 - 10.79	0.056	-	-	-
Ama de casa	1	-	-	-	-	-
No trabaja	1.65	0.67 - 4.10	0.274	-	-	-
Edad de 1er embarazo (continua)	1.04	0.99 - 1.08	0.072	-	-	-
Años de escolaridad (continua)	1.07	1.00 - 1.14	0.036	1.09	1.02 - 1.17	0.010
Edad (continua)	1.00	0.97 - 1.03	0.785	-	-	-

*Razones de momios crudas

‡ Razones de momios ajustado por lengua indígena, tipo de parto, gesta, hospital, edad (30-34 años) y años de escolaridad

Log likelihood: -295.9012, Pseudo R2: 0.0285, Prob>chi2: 0.0081, Número de observaciones: 505

Evaluación del modelo: Número de observaciones: 505, Chi2 (125): 140.85, Prob>chi2: 0.1575

Las mujeres que hablan algún tipo de lengua indígena tienen 3.02 veces la posibilidad de ser víctimas de abuso en la atención obstétrica en comparación con las que no hablan (IC₉₅1.02 – 8.98). Las mujeres que tuvieron un parto normal presentan una posibilidad de 1.52 veces de experimentar abuso en la atención del parto, comparadas con aquellas que su parto fue vía cesárea (IC₉₅1.03 – 2.26). Las mujeres de edades entre 30 y 34 años tienen 1.90 veces la posibilidad de presenciar falta de respeto en su parto, en comparación con el resto de las mujeres (IC₉₅1.00 – 1.79). Y por último, la posibilidad de vivir abuso y falta de respeto en la atención obstétrica, incrementa 1.09 veces conforme aumentan los años de estudio de las mujeres (IC₉₅1.02 – 1.17).

Se decidió ajustar por las variables “hospital” y “gesta”. La variable “hospital” se incluyó debido a que el hospital 1 es general y existe la posibilidad de que la mujer sea tratada como objeto de estudio para el personal en formación (residentes, internistas, pasantes de medicina), pero por otro lado, el hospital 2 proporciona atención ginecológica, obstétrica y oncológica ginecológica, es un hospital de tercer nivel, en donde el personal de salud cuenta con especialidad médica. La variable “gesta” fue incluida porque nos ajusta el modelo, y partimos del supuesto de que las mujeres primigestas son más vulnerables a ser víctimas de este abuso, que las multigestas, ya que desconocen todo acerca del procedimiento que se lleva a cabo a la hora de la atención del parto; cabe mencionar que las mujeres primigestas representan el 52% del total de mujeres participantes, y tienen edades de entre 13 y 19 años.

Aunque a partir de los datos de esta investigación, no es posible estimar un riesgo o una causalidad para presentar abuso en la atención obstétrica, el número obtenido, sumado a varios relatos registrados de las mujeres participantes, justifica poner atención al campo sanitario social.

DISCUSIÓN

El principal hallazgo de este trabajo, fue estimar una prevalencia del abuso y la falta de respeto presente en la atención del parto. 11% de las mujeres mencionaron sentirse maltratadas por alguien del personal de salud, sin embargo, al hacerles preguntas específicas acerca de maltrato verbal y/o físico experimentado, el porcentaje se incrementó a 29%. Se reportó que el/la protagonista del abuso, por orden de frecuencia fueron las enfermeras, las médicas y los médicos respectivamente.

La investigación mediante la cual se obtuvieron los datos para el análisis del presente estudio, fue la primera en México que tuvo por objetivo estimar una prevalencia del abuso en la atención del parto. Es por ello que no existen estadísticas nacionales con las que podamos comparar estos datos, pero sí podemos contrastarlos con los de otros países, esto a pesar de que en los estudios se nombre de distinta forma y las conductas y procedimientos reportados, sean diferentes.

En un estudio transversal realizado en Venezuela, se reportó violencia obstétrica con una prevalencia entre el 37% y el 67%, las mujeres refirieron un trato deshumanizante por parte del personal de salud y mencionaron que se les hicieron prácticas médicas sin consentimiento. Al hablar de trato deshumanizante, las mujeres refirieron al uso de sobrenombres, críticas por llorar o gritar, comentarios irónicos y el impedimento del contacto inmediato con su hijo/a. El mayor porcentaje de este mal trato se asoció a mujeres con un trabajo de parto vía cesárea (54.5%) y se reportó que el/la autor/a del abuso fue el personal de enfermería, seguido de los/as médicos/as.²⁸

En países nórdicos, se presenta abuso en el cuidado de la salud, en un porcentaje de entre 13% y 28% en usuarias de los servicios de salud. Esta prevalencia se definió por las experiencias de las mujeres dentro del sistema de salud, que se caracterizaron por una atención carente, en donde reportaron dolor y pérdida de

su valor como seres humanos. Dentro de este estudio, se encontró que independientemente de la etapa de vida en la cual se haya sufrido el abuso, las mujeres tienen consecuencias en su salud, como el deseo o la decisión de no de tener más hijos/as.²⁹

En otros estudios realizados en distintas partes del mundo, las mujeres han reportado una mala calidad en la atención, abandono por parte del personal de salud durante el proceso de parto, un parto demorado y doloroso, procedimientos médicos y quirúrgicos innecesarios (como la episiotomía, el uso excesivo de oxitocina, cesáreas, tricotomía, fórceps, la maniobra de Kristeller) y conductas inadecuadas como no estar acompañada por alguien de confianza y no permitir buscar posiciones de acuerdo a sus necesidades, entre otras. Las mujeres que han participado en estos estudios señalan que no se les trata con dignidad, y en la mayoría de las publicaciones, se hace mención a un proceso de parto dominado por el miedo, el sufrimiento, la ansiedad y la soledad.^{4,24}

Otro de los grandes hallazgos de este trabajo, fue determinar qué factores son los que pueden estar asociados y pueden incrementar la posibilidad de ser víctima de abuso y falta de respeto en la atención obstétrica. Se encontró que las mujeres de edades entre 30-34 años (OR: 1.90 [1.00–1.79]), las que hablan alguna lengua indígena (OR: 3.02 [1.02–8.98]), las que tuvieron un parto vía vaginal (OR: 1.52 [1.03-2.26]) y las que tienen más años de escolaridad (OR: 1.09 [1.02–1.17]), tienen mayor posibilidad de presenciar este abuso.

Las mujeres indígenas constituyen una población vulnerable, que puede ser víctima de discriminación y desigualdad en el ámbito de atención de la salud. Por ejemplo; en países como Perú, Estados Unidos y Canadá, se han documentado experiencias de parto basadas en discriminación, racismo y falta de respeto hacia la cultura de estas mujeres. En Ecuador, se tienen reportes de que éstas mujeres prefieren atender su parto en casa, debido a las malas conductas que el personal sanitario tiene hacia ellas.^{4,14}

En México, las mujeres indígenas han referido la negación de la atención y de igual forma, un trato irrespetuoso por parte del personal de salud. En un estudio realizado en el estado de Oaxaca, se menciona la importancia de la interculturalidad que deben tener los centros de salud que brindan atención a mujeres rurales indígenas, y se señala la escases del personal de salud que hable alguna lengua indígena y el desconocimiento de “trato intercultural” por parte del personal de salud. ⁴

Por otro lado, pertenecer a un nivel educativo bajo, conllevan a que los/as profesionales de la salud tenga un trato discriminatorio y poco respetuoso. El personal sanitario explica que es una pérdida de tiempo pedir opinión, consentimiento y explicar a las mujeres el porqué de las decisiones tomadas durante el proceso de parto, ya que no entenderían. O simplemente por desconocimiento de las mujeres, existe la posibilidad de aceptar procedimientos rutinarios y prácticas invasivas, sin cuestionar ni discutir. ¹⁴

En este estudio, en cuanto al tipo de parto, podemos decir que las mujeres que tuvieron un parto vía vaginal estuvieron más expuestas a presenciar el abuso, en comparación con las mujeres que tuvieron un parto vía cesárea. Esto debido a que tuvieron que esperar el proceso natural del parto (tactos vaginales, contracciones), se encontraban en la posibilidad de intervenciones médicas para agilizarlo (fórceps, episiotomía, uso de oxitócicos), y dentro de todo este proceso, pudieron presentarse regañones, humillaciones y órdenes para mantener el control, omisión de la información entre otras acciones que caracterizan el abuso y la falta de respeto en la atención del parto.

Existen reportes que señalan que esta posibilidad también incrementa con base en el nivel económico, el estado civil, el idioma, las creencias, si se trata de mujeres inmigrantes y/o que padecen VIH. ^{6,14} A pesar de, las mujeres en situación de parto, independientemente de sus características sociodemográficas y personales, pueden ser vulnerables a sufrir un trato irrespetuoso, ya que se encuentran bajo la autoridad de los/as profesionales de salud. ^{1,30}

Algunas corrientes señalan que este problema social y de salud es resultado de la “calidad de la atención”, y se le atribuye a la organización y función del sistema sanitario, como; las condiciones inadecuadas de trabajo (infraestructura, recurso humano, gran número de pacientes), pero también se ha visto como un problema ético y/o psicológico del personal de salud. ^{27,30} Todo esto, pudiera ser consecuencia de las enseñanzas, los castigos, la disciplina, la autoridad y las jerarquizaciones a las que los/as profesionales de la salud se exponen durante su formación y práctica, sumado a la desigualdad de género con la que son educados/as. ^{1,30}

El abuso y la falta de respeto en la atención del parto, es un problema complejo y multifactorial. Con todas las investigaciones realizadas, se puede decir que puede ser consecuencia del poder, la autoridad y las conductas que caracterizan al personal de salud, de la falta de insumos, recursos humanos e infraestructura para poder atender emergencias obstétricas, y de las características personales de las mujeres usuarias de los servicios de salud (edad, nivel de escolaridad, lengua) y características acerca de su embarazo y parto (parto vía vaginal o vía cesárea). ^{1,14,28}

Se ha expuesto que todo este problema, también puede ser resultado de la organización y función de los sistemas sanitarios, de la formación del personal de salud, de la falta de desarrollo y aplicación de leyes y políticas en salud que tomen en cuenta los derechos humanos de las mujeres, de la normalización de esta situación, y de la falta de empoderamiento y conocimiento acerca de los derechos humanos, por parte de las mujeres. ¹⁴

CONCLUSIONES

El abuso y la falta de respeto en la atención del parto, es un problema de salud pública que implica tanto un trato negligente y ofensivo, como la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que recurren a instituciones de salud para la atención de su embarazo, parto y puerperio. Este problema ha sido investigado durante los últimos años, y se sabe que afecta a una proporción importante de mujeres.³

Las mujeres que se encuentran en una situación de embarazo o parto, con frecuencia son tratadas como enfermas, por lo que entran en una situación de vulnerabilidad en la que deben mantenerse bajo las órdenes médicas, independientemente del país o región a la que pertenezcan.²

El abuso y el trato irrespetuoso sobre la salud reproductiva de las mujeres, puede estar relacionado con un modelo biomédico jerárquico y de poder, que minimiza las emociones, los sentimientos, la capacidad y la autonomía de las mujeres, dando importancia únicamente al cuerpo y a los elementos biológicos.^{7,30} La relación entre el personal sanitario y las usuarias de los servicios de salud es desigual, y se justifica por la experiencia, el conocimiento y la autoridad que los/as profesionales de la salud se han adjudicado sobre la sociedad en general.⁷

Observaciones en salas de labor y parto, entrevistas a profesionales de la salud, cuestionarios y entrevistas a mujeres que han solicitado atención obstétrica, análisis de las estadísticas de la CONAMED y grupos focales con diferentes actores sanitarios, así como noticias, quejas y recomendaciones, son evidencia suficiente para darnos cuenta que el abuso en las salas de maternidad constituye un problema social y de salud pública.⁵

La prevalencia de este tipo de abuso, oscila entre el 11 y el 29%, según la evidencia analizada en este trabajo, y junto con algunos estudios más, se ha demostrado, que la posibilidad de ser víctima de esta situación, puede ser con base a características personales de las mujeres, como por ejemplo; el nivel

educativo, la etnia, la edad, el idioma y las creencias.^{6,14} Con todo esto, que podemos afirmar que es un problema frecuente y de magnitud significativa en los servicios de salud de México, que obliga a todo este sector a tomar decisiones y acciones en favor de este problema.

A pesar de que las investigaciones acerca de las consecuencias de este abuso, son escasas, se ha reportado una alta prevalencia de síntomas de estrés postraumático tras el parto (TEPT), y éstos se caracterizan por lo que a cada mujer le resulta traumático de su experiencia de parto.^{4,31} Dentro de otras secuelas, está la incapacidad de vinculación madre e hijo/a durante varios meses después del nacimiento, el deseo de no volver a embarazarse, la incapacidad de poder hablar sobre su experiencia de parto, ataques de ansiedad y depresión post-parto.³²

Los diferentes procedimientos rutinarios, las prácticas invasivas e incluso las humillaciones dentro de las salas de maternidad, generan inseguridad, ansiedad, y miedo en la madre, que son transmitidos a su hijo/a, y que tienen como resultado consecuencias emocionales y psicológicas en la vida del bebé. La medicalización innecesaria del parto, provoca complicaciones iatrogénicas severas e incluso muerte materno-infantil, maniobras como la de Kristeller afecta los huesos del cráneo y tiene consecuencias cognitivas y de aprendizaje para el bebé.³²

De igual manera, se han identificado costos económicos elevados para los servicios de salud, resultado de las deficiencias en los servicios y de los procesos de la organización; ejemplo de ello son los partos vía cesárea, que aumentan los costos de 2 a 3 veces, comparándolo con los partos vía vaginal.⁴

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud, ha hecho recomendaciones basadas en evidencias, dirigidas a mejorar los procedimientos de atención del embarazo, parto y puerperio, y a tener un proceso benéfico para la madre y su hijo/a. Dentro de algunas instituciones de salud en México, se han modificado algunas conductas y condiciones a la hora de la atención del embarazo, parto y

puerperio, respetando los derechos humanos y tomando en cuenta algunas de estas recomendaciones.⁷

Igualmente, algunas organizaciones no gubernamentales han estado trabajando en la incorporación del parto humanizado en el proceso de la atención del parto.⁷ Este modelo intercultural, tiene como principio que la mujer sea la protagonista de su parto, pretende tomar en cuenta sus opiniones y necesidades, y respetar toda su cultura en general.¹⁵ Dentro de centros de salud y hospitales de los estados de Morelos, Puebla, Veracruz, Chiapas, Hidalgo, Colima, Oaxaca y Guerrero, se ha tratado de implementar este modelo con enfoque humano, y se ha reportado un nivel de satisfacción alto entre las mujeres y resultados positivos como; la disminución de cesáreas, complicaciones y muertes maternas.⁷

A pesar de toda la evidencia y de su inscripción en el marco legal de algunos países latinoamericanos (Venezuela, Ecuador, Argentina) y estados mexicanos (Chiapas, Guanajuato, Durango y Veracruz), esta situación sigue siendo un problema poco visible y desatendido, continúa desapercibida en las políticas de calidad de los servicios de salud, en el *currículum* formativo de los/as profesionales de la salud, y en programas de promoción de la salud dirigidos a mujeres en edad reproductiva.^{2,3}

RECOMENDACIONES

Una vez concluido el proyecto terminal, se considera interesante investigar sobre otros aspectos relacionados a este problema de salud pública; por ejemplo; la aplicación del mismo cuestionario utilizado para este estudio, en mujeres en periodo post-parto atendidas en clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado (ISSSTE), en incluso en clínicas particulares, para hacer comparaciones entre los resultados arrojados.

Otras recomendaciones serían:

- Realizar entrevistas a personal de salud (obstetras, residentes, pasantes, enfermeros/as) acerca de su vocación, experiencia, formación, propósitos en la vida.
- Hacer estudios sobre las funciones y organización del sistema sanitario actual, que influyan a que los derechos humanos de las mujeres en edad reproductiva sean violados.

Esto con el fin de incluir estas variables en un análisis de datos complementario, y determinar si el fenómeno del abuso y la falta de respeto en la atención del parto, puede estar asociado o puede ser explicado por esos factores.

También se pueden desarrollar proyectos de intervención, enfocados en la humanización de todo el personal de salud y en la atención que brindan.

Se recomienda a futuros/as estudiantes que tengan interés en este tema, la complementación del mismo con más contribuciones.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente proyecto fue un análisis de datos, donde se tomó en cuenta únicamente las variables que fueron medidas en el estudio transversal previo.

Existen la posibilidad, de que algunas variables que pudieran explicar el problema de salud del abuso y la falta de respeto en la atención obstétrica, no fueron medidas como parte del estudio original, como nivel socioeconómico de las mujeres participantes, y otras variables acerca del personal de salud (especialización, vocación, experiencias en su formación) y de la organización del sistema de salud (jornadas largas, carga excesiva de trabajo, prácticas normalizadas dentro de la atención del parto, infraestructura deficiente, recurso humano escaso).

A partir de los datos de esta investigación, no es posible estimar el riesgo o la causalidad de presentar abuso en la atención obstétrica, ya que el evento de interés y las variables que lo pueden explicar se midieron al mismo tiempo.

Dentro de este estudio, existe la posibilidad de tener sesgos, uno de ellos pudo presentarse durante la recolección de información (sesgo de selección), ya que las mujeres que se negaron a participar en el estudio, pudieron tener características diferentes a las que si participaron. Y durante el análisis de la base de datos (sesgo de confusión), ya que hubo variables que no se midieron y no se contemplaron para el análisis, como las mencionadas anteriormente, lo que pudo dar como resultado la sub o sobre-estimación de los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castro R. **Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México.** [Acceso: 05-06-2015]. Disponible en: http://www.crim.unam.mx/drupal/crimArchivos/Colec_Dig/2010/Roberto_Castro/3_Habitus_profesional_ciudadania.pdf
2. Belli Laura F. **La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos.** Revista Redbioética/UNESCO, Año 4, 1 (7): 25-34, Enero - Junio 2013. [Acceso: 05-12-2014]. Disponible en: http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
3. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Omisión e Indiferencia. Derechos Reproductivos en México. **Violencia Obstétrica.** Capítulo 4, pags 119-147. México: GiRE; 2013
4. Valdez-Santiago R, Rojas-Carmona A, Mojarro-Iñiguez M, Piña-Pozas M, Arenas-Monreal L. **Abuso y falta de respeto en la atención del parto: revisión sistemática 1990-2014.** Revisión Sistemática. Documento de trabajo en proceso.
5. Castro R. & Erviti J. **25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México.** Artículo de Opinión. Rev CONAMED 2014; 19 (1):37-42. [Acceso: 05-12-2014]. Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/RevistaCONAMED/2014/vol19/no1/6.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. **Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud.** [Acceso: 13-12-2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf
7. Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva. **Género y salud en cifras.** Volumen 8, número 3. [Acceso 02-12-2014]. Disponible en: <http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/EquidadGenero/SepDic10>

8. De Bruyn M. **La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública.** [Acceso 02-12-2014]. Disponible en: <http://www.ipas.org/~media/Files/ipas%20Publications/VioPregAborspan2>
9. CONAPO, Dirección General de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva, Proyecciones de la población 2010-2030
10. ENSANUT 2012. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. **Resultados Nacionales. Atención al nacimiento.** [Acceso: 10-12-2014] Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales14Nov.pdf
11. Fajardo-Dolci Ge et al. **Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la comisión nacional de Arbitraje médico, 1996-2007.** Salud Publica Mex 2009;51(2):119-125
12. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. **Con todo al aire.** Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Argentina: INSGENAR-CLADEM; 2003. [Acceso 06-12-2014]. Disponible en: http://www.tau.org.ar/upload/ec225b48f3813b18d3b9eaafbe3a3ed5/con_todo_al_aire_reporte.doc
13. Goer H. (2010) **Cruelty in Maternity Wards: Fifty Years Later.** The Journal of Perinatal Education, 19 (3), 33–42
14. Bowser D, Hill K. **Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth.** Report of a Landscape Analysis. Harvard School of Public Health University Research Co., LLC. September 20, 2010
15. Nueve Lunas. **Atención Humanizada del Parto y Nacimiento.** Carpeta informativa. [Acceso 29-12-2014]. Disponible en: <http://www.nuevelunas.org.mx/PARTOHUMANIZADO.pdf>
16. Subsecretaría de Innovación y Calidad Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. **La Atención Intercultural Del Embarazo, Parto Y Puerperio En Los Servicios De Salud. Posición Vertical Del Trabajo De Parto.** [Acceso 12-12-2014]. Disponible en:

http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/parteria/articulos/Mexico_2008.pdf

17. Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA (2007). **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de Violencia**. Disponible en: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf
18. Villanueva-Egan LA. **El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra**. Rev CONAMED 2010; 15(3):147-151
19. Medica G. **Violencia Obstétrica**. [Acceso 04-12-2014]. Disponible en: <http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica/>
20. Toro J, Zapata L. **Reseña de las Jornadas El gineco-obstetra ante la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007; 67(3):213-214
21. Rostagnol S, Viera M. **Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud**. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay. [Acceso 22-12-2014]. Disponible en http://www.tau.org.ar/upload/ec225b48f3813b18d3b9eaafbe3a3ed5/Rostagnol_Viera.doc
22. Villegas-Poljak A. **La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico**. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. Caracas. Enero/Junio 2009-Vol. 14/Nº 32. [Acceso 15-12-2014]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvem/v14n32/art10.pdf>
23. Burgo C. **Los Derechos de la Embarazada**. Parto y Nacimiento Humanizado. [Sede web] [Acceso 04-12-2014]. Disponible en: <http://www.partohumanizado.com.ar/articulo2.html>
24. Medina AM. Cesáreas y otras intervenciones innecesarias durante el parto. **Humillación y maltrato en el parto hospitalario**. [Acceso 20-12-2014] Disponible en: <http://informe.gire.org.mx/rec/cesareas.pdf>
25. Organización Mundial de la Salud. **Cuidados en el parto normal: Una guía práctica**. Reporte del grupo de trabajo técnico. Ginebra: OMS, 1997
26. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. **Principios de la Organización Mundial de la Salud en el cuidado perinatal: lineamientos esenciales**

- en el cuidado de la salud antenatal, perinatal y del postparto.** Birth 2001; 28: 202-207. En: Boletín Electrónico del CLAP/OPS/OMS 2002 febrero; 14:15
27. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hidalgo-Solórzano E, Mojarro-Iñiguez M, González-Focke M. **Nueva evidencia a un viejo problema, el abuso de las mujeres en las salas de maternidad.** México: INSP, Resumen Ejecutivo.
28. Terán P, Castellanos C, González Blanco M, Ramos D. **Violencia obstétrica: percepción de las usuarias.** Rev Obstet Ginecol Venez 20. [Acceso 27-07-2015]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art04.pdf>
29. Bruggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. **Abuse in health care: a concept analysis.** Scand J Caring Sci 2012, 26(1):123–132
30. Castro R. **Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México.** Revista mexicana de Sociología 76, núm. 2 (abril-junio, 2014): 167-197. México, D.F. [Acceso 27-07-2015]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v76n2/v76n2a1.pdf>
31. Olza-Fernández I. **Las secuelas de la violencia obstétrica.** [Sede web] [Acceso 10-08-2015]. Disponible en:
<https://iboneolza.wordpress.com/2013/04/15/las-secuelas-de-la-violencia-obstetrica/>
32. Plataforma Pro Derechos del Nacimiento PDN. **Violencia obstétrica en el nacimiento.** [Sede web] [Acceso 10-08-2015]. Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=FRHLbiVfHI>