

El abuso hacia las mujeres en salas de maternidad

nueva evidencia sobre un viejo problema

R E S U M E N • E J E C U T I V O



Instituto Nacional
de Salud Pública



**El abuso hacia las mujeres en salas de maternidad:
nueva evidencia sobre un viejo problema. Resumen ejecutivo**

Primera edición, 2013

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Avenida Universidad 655
Colonia Santa María Ahuacatlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México
www.insp.mx

ISBN 978-607-511-091-2

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Coordinación general: Rosario Valdez Santiago. **Equipo investigador:** Rosario Valdez Santiago, Luz Arenas Monreal, Elisa Hidalgo Solórzano, Mariana Mojarro Íñiguez, Mariana González Focke, Yudi Salazar Altamirano. **Coordinadoras de trabajo de campo:** Mariana Mojarro Íñiguez, Mariana González Focke. **Asistente del proyecto:** Claudia Borrego Díaz. **Equipo de encuestadoras:** Francisca de los Santos Nepomuceno, María Isabel Flores Ocampo, Noemí Aguilar Pacheco. **Transcripción:** Yudi Salazar Altamirano, Yadira González Orihuela.

Contenido

Principales hallazgos y recomendaciones	5
Sobre maniobras y procedimientos	5
1. Antecedentes	8
2. Metodología	9
Plan de análisis	10
Material recopilado	11
Consideraciones éticas	11
3. Resultados	12
Componente cuantitativo	12
Componente cualitativo	18

Digna acudió al hospital de Los Riscos, donde se sintió tratada peor que un condenado. Al entrar le pusieron un parche con un número en la muñeca, le afeitaron sus partes pudorosas, la bañaron con agua fría y desinfectante, sin considerar la posibilidad de secarle la leche para siempre, y la colocaron en una cama sin sábanas con otra mujer en sus mismas condiciones. Después de hurgar sin pedirle permiso en todos los orificios de su cuerpo, la hicieron dar a luz debajo de una lámpara a la vista de quien quisiera curiosear. Todo lo soportó sin un suspiro, pero cuando salió de allí con una hija que no era la suya en los brazos y sus vergüenzas pintadas de rojo como una bandera, juró no volver a poner los pies en un hospital en los días de su vida.

Isabel Allende,

De amor y de sombra

Principales hallazgos y recomendaciones

Sobre maniobras y procedimientos

Hallazgo

Se encontró una proporción de cesáreas de 50% en los dos hospitales de estudio: Hospital General José G. Parres de Cuernavaca (hospital 1) y Hospital de la Mujer de Yautepec (hospital 2), ambos del estado de Morelos.

Recomendación

- ▶ La cesárea es el último recurso para salvar la vida de la mujer o del bebé, sin embargo, su aumento en nuestro país es alarmante. Las intervenciones más exitosas para la disminución de las cesáreas son aquéllas donde el personal de salud y autoridades se involucran en analizar y modificar su práctica. Las estrategias que involucran acciones múltiples (por ejemplo, guías de práctica clínica, revisión de pares y acciones correctivas) han probado ser las más efectivas.¹⁻³

Hallazgo

El tacto vaginal fue la maniobra de la que más se quejaron las mujeres en la entrevista; en general, se reportó la realización de 1 a 40 tactos vaginales durante el proceso de trabajo de parto, con un promedio de 4.47 ± 3.68 .

Recomendación

- ▶ Según la OMS, el número de tactos debe limitarse a lo estrictamente necesario.^{1,4} Esta maniobra debe ser monitoreada por personal médico responsable y no dejarse en manos de personal que está aprendiendo.

Hallazgo

En la exploración cualitativa, médicas y médicos hicieron referencia al trato diferencial que se otorga a las mujeres que se atienden en hospitales públicos y privados en cuanto a las exploraciones y maniobras como el tacto vaginal. Señalaron que en los hospitales privados se limitan a lo necesario la cantidad de revisiones y exploraciones a las mujeres, contrariamente a lo que ocurre en los públicos.

Recomendación

- ▶ Es evidente la necesidad de educar al personal médico sobre los derechos de las mujeres como usuarias y, en particular, sobre los derechos sexuales y reproductivos. Es necesario afirmar el derecho de las mujeres sobre su cuerpo para que éste deje de ser usado para que otros aprendan, sobre todo el de aquellas mujeres en mayor desventaja social como las que acuden a las instituciones públicas. Las instituciones y las autoridades de salud deben regular las prácticas y maniobras para evitar el atropellamiento de los derechos humanos de las mujeres.^{4,5} El tacto vaginal siempre debe ser realizado por la misma persona para monitorear de manera efectiva la evolución del parto.⁵

Hallazgo

La proporción de mujeres que reportan algún tipo de abuso durante la atención del parto fue de 29% y no se encontraron diferencias por hospital ($p=0.815$).

Recomendación

- ▶ Para poder intervenir en diferentes ámbitos dentro y fuera de la institución, es urgente reconocer que el abuso por parte del personal de salud es una práctica continua y considerada como lo normal en las instituciones de salud. En este sentido, proponemos abrir espacios oficiales para que las mujeres puedan expresar sus quejas antes de abandonar las instalaciones de salud. Es imprescindible que el personal de salud y las instituciones reconozcan las prácticas de abuso de poder que se realizan al interior de las mismas y que violentan los derechos en salud de las mujeres, con el fin de plantear alternativas que puedan aplicarse en distintos niveles, tanto desde la formación académica de los profesionales de la salud como en las características de organización y funcionamiento de las instituciones de salud.

Hallazgo

De las entrevistadas, 19% ($n=99$) refirió algún tipo de abuso verbal, con frases como “no grite”, “no llore”, “no se queje”, así como comentarios humillantes y alusivos a la vida erótica y sexual de las mujeres. En algunos casos las pacientes indicaron haber sido ignoradas por el personal que debía atenderlas.

Recomendación

- ▶ Se debe ofrecer un ambiente de privacidad a la mujer en trabajo de parto, así como información continua, con lenguaje no técnico y accesible a su situación cultural, además de un trato respetuoso, el cual debe inscribirse dentro del marco de los derechos de salud. Esta capacitación se debe ofrecer desde la formación de pregrado en las facultades de medicina y escuelas de enfermería.

Hallazgo

Alrededor de 8% de las mujeres ($n=39$) informó abuso físico, descrito a través de prácticas como golpes en las piernas, empujones, pellizcos, compresión esternal y uso excesivo de la presión abdominal (maniobra de Kristeller).

Recomendación

- ▶ Es necesario que exista una campaña o estrategia de difusión para que las mujeres conozcan sus derechos sexuales y reproductivos previo a su llegada al hospital, de tal manera que puedan identificar qué acciones o maniobras del personal de salud son abusivas y así promover y facilitar su denuncia durante su estancia en el hospital. Por otro lado, los Servicios de Salud estatales deberán reconocer y dar seguimiento a la responsabilidad del personal en los casos de abuso hacia las mujeres.

Hallazgo

De acuerdo con lo expresado por los prestadores de servicios, falta coordinación en el sistema de referencia de usuarios del primer nivel de atención hacia los hospitales, y existen deficiencias en la infraestructura de las instalaciones y en los insumos con los que se cuenta, además de una sobrecarga laboral en el personal de salud.

Recomendación

- ▶ Es indispensable que los servicios de salud dispongan de mecanismos efectivos de coordinación entre los distintos niveles de atención, así como de identificación de las necesidades de recursos materiales, humanos y financieros para mejorar la atención obstétrica. Aunque estos mecanismos existen desde hace tiempo, es necesario instrumentar procedimientos de monitoreo como los comités de vigilancia para la muerte materna.

1. Antecedentes

El abuso que se ejerce contra las mujeres en salas de maternidad es un problema de salud pública y derechos humanos con una larga historia que cada vez cobra mayor interés en varios países, de manera que se convierte en motivo de intervención legal en América Latina.⁶⁻⁹ A pesar de ello no hay consenso en los términos a utilizar al respecto, tampoco acerca de su definición ni sobre las posibles causas del problema. Esto demuestra que nos enfrentamos a un complejo problema social en donde converge un entramado de relaciones de poder, discriminación e inequidad social y de género.

Por un lado, existe una corriente que aborda el problema de la violencia que se ejerce en la sala de maternidad como resultado de la precariedad del sistema de salud, en donde prevalecen jornadas extenuantes para el personal, falta de insumos necesarios y condiciones estructurales que propician prácticas de baja calidad en la atención obstétrica, que pueden derivar en negligencia médica y, en última instancia, en expresiones de violencia institucional.^{10,11} Otras aproximaciones sugieren que el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer por parte del personal de salud, aunado a la cultura médica hegemónica,^{*12,13} es determinante para estas relaciones de poder entre el personal de salud y las mujeres parturientas en los servicios donde se ejerce la violencia institucional u obstétrica.^{9,14,15}

En este sentido, es sustancial entender desde una perspectiva social y de género la relación médico-paciente en el ámbito institucional. Sobre todo nos interesa explorar lo que sucede en la atención obstétrica en instituciones de atención pública para tratar de desarticular esta compleja relación donde el abuso hacia las mujeres durante la atención obstétrica se ha hecho cotidiano e institucionalizado.

* La subcultura médica, como ha sido llamada por diversos autores,^{12,13} se caracteriza por un sistema de creencias, valores y reglas consistentes, inconsistentes y algunas veces contradictorias que definen a sus miembros, es decir, a los médicos: qué es la salud y la enfermedad, cuáles son sus causas, qué tratamiento se les da y cómo deben proceder los médicos al respecto.

2. Metodología

Se realizó un estudio transversal en dos hospitales del estado de Morelos en los que se brinda atención ginecoobstétrica: Hospital General José G. Parres de Cuernavaca (hospital 1) y Hospital de la Mujer de Yauatepec (hospital 2). Se obtuvo información utilizando técnicas cuantitativas y cualitativas, del 7 de mayo al 7 de junio de 2012.

Se midió la frecuencia y se caracterizaron las formas o expresiones de abuso hacia las mujeres en el proceso de atención del parto a través de un cuestionario que se les aplicó a las mismas en el postparto inmediato. A las mujeres que reportaron algún tipo de abuso se les invitó a una entrevista semiestructurada, para la que se realizó previamente una guía. Además, se realizaron grupos focales con médicos y enfermeras (los dos de ambos sexos) para recuperar su experiencia.

La recolección de la información se realizó en tres momentos:

a. Cuestionario para la identificación del abuso desde la perspectiva de las usuarias: mujeres a quienes se atendió el parto vía vaginal o por cesárea en las instituciones de estudio.

Criterios de inclusión

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

Criterio de exclusión

- ▶ Mujeres que presentaron alguna discapacidad para responder el cuestionario.

b. Entrevista semiestructurada a mujeres que reportaron algún tipo de abuso durante la atención del parto. La entrevista fue efectuada por una entrevistadora previamente capacitada, y se contó con la presencia de una especialista en manejo de crisis, en caso de que alguna de las entrevistadas necesitara atención especializada.

c. Grupo focal con personal de salud para conocer la opinión del personal en relación con el trato que se brinda a las usuarias. Se organizó un grupo focal con enfermeras y médicos, de ambos sexos, en el hospital 2.

Plan de análisis

Información cuantitativa

Se capturaron los datos mediante el programa Fox Pro V.6.0 y se realizó un análisis estadístico utilizando el programa Stata V.12.1. Este análisis inició con una fase exploratoria que permitió hacer una descripción general de las variables en términos de distribución, presencia de valores aberrantes y valores perdidos. Se obtuvo proporción para las categorías, y media y desviación estándar para variables discretas. Se realizaron pruebas de chi cuadrada.

A partir de tres preguntas se identificaron diferentes formas o expresiones de abuso hacia las mujeres:

1. Percepción de abuso ejercido por algún miembro del personal que la atendió.
2. Abuso verbal por parte de alguien del personal que la atendió.
3. Abuso físico por parte de alguien del personal que la atendió.

Para determinar la prevalencia (total) de mujeres que notifican alguna forma de abuso en salas de parto, se generó una variable denominada “abuso total” que agrupa a todas las mujeres que respondieron afirmativamente a cualquiera de las siguientes preguntas: “¿Se sintió maltratada por el personal de salud?. En este último parto, ¿alguien del personal que la atendió le dijo...?: a) que no llorara, b) que no gritara ni se quejara del dolor, c) que daba mucha lata, d) la insultó, e) le dijo algún tipo de ofensa, f) le dijo algún sobrenombre. En este último parto, ¿alguien del personal que la atendió le...?: a) dio nalgadas, b) dio golpes en las piernas, c) amarró las piernas, y d) hizo presión sobre el abdomen con ambas manos o con el antebrazo causando dolor excesivo”.

Componente cualitativo

La exploración cualitativa tuvo como propósito recuperar tanto la experiencia de las mujeres en la atención del parto como la opinión del personal de salud acerca de su experiencia profesional durante la atención ginecoobstétrica en dos hospitales del estado de Morelos. Para ello se obtuvieron relatos de las usuarias del servicio de ginecoobstetricia y del personal de salud que atiende esas áreas durante el periodo de estudio. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas para las mujeres, mientras que con el personal de salud –medicas(os) y enfermeras(os)– se utilizaron grupos focales.

Las entrevistas semiestructuradas únicamente se aplicaron a mujeres que en el cuestionario cuantitativo indicaron haber vivido alguna experiencia de malos tratos durante la atención del parto; en seguida se les preguntaba si deseaban relatar su vivencia en una entrevista más detallada. La participación fue voluntaria y algunas mujeres optaron por no participar, motivadas por el cansancio, las ganas de salir del hospital, por miedo a represalias o porque en otro momento se les negara la atención médica.

La guía de entrevista para las usuarias recuperó brevemente el curso del embarazo de las mujeres, control prenatal, información recibida en el centro de salud, primer contacto con el hospital, y la manera en como fue tratada desde su ingreso hasta su llegada a recuperación u hospitalización. A lo largo de ese proceso se indagó si las usuarias recibieron la información solicitada sobre procedimientos o aplicación de medicamentos. Otro tema que se destacó fue el conocimiento de las mismas acerca de sus derechos sexuales y reproductivos.

Para organizar los grupos focales se elaboraron dos guías, una para médicos y otra para enfermeras(os). Estos grupos se concretaron con la autorización del personal de salud y de las autoridades, de manera abierta y flexible, y con la ayuda de profesionales en metodología cualitativa, lo que permitió conocer la opinión de las usuarias sobre el trato que se les brinda, el rol del personal como gineco-obstetras o enfermeras en el hospital, las experiencias de aprendizaje y las prácticas hospitalarias actuales. Se indagó acerca de las dificultades u obstáculos que se enfrentan en el servicio de ginecoobstetricia y la manera en que las médicas(os) y enfermeras(os) reaccionan ante usuarias “difíciles” en su trabajo de parto. Se consideró importante explorar los conocimientos del personal de salud sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y acerca de los derechos de las pacientes durante la atención del parto, así como su conocimiento general acerca de Normas Oficiales Mexicanas, reglamento o Convenciones Internacionales asociados con su quehacer.

Material recopilado

Durante el periodo de recolección de los datos, la información obtenida en audios se transcribió en Word y se procesó en Atlas.TI versión 5.2.

Se llevaron a cabo veinte entrevistas a mujeres en los dos hospitales; catorce efectuadas en el Hospital José G. Parres (1) de Cuernavaca y seis en el Hospital de la Mujer (2) de Yautepec. Fueron mujeres de entre 15 y 43 años, en su mayoría viviendo en unión libre con su pareja, con un promedio de dos hijos, y con escolaridad desde primaria completa y hasta preparatoria.

Se organizaron dos grupos focales de enfermeras; cada uno estuvo compuesto por seis participantes de edades que oscilaron entre 25 y 52 años. La gran mayoría eran mujeres, todas con estudios de nivel licenciatura y una experiencia laboral que osciló entre 2 y 24 años.

Se organizó un solo grupo focal de médicas y médicos, el cual estuvo conformado por nueve participantes de dos turnos, de diferentes áreas del hospital 2. Todas(os) estaban involucrados en la atención ginecoobstétrica y la gran mayoría eran mujeres. El total de médicas(os) contaba con su especialidad en ginecoobstetricia, con experiencia de trabajo en otros hospitales y sus edades oscilaban entre los 30 y 38 años.

Consideraciones éticas

El protocolo de este estudio fue evaluado y aprobado para su ejecución por las comisiones de investigación y ética del Instituto Nacional de Salud Pública. Se trata de un estudio de riesgo mínimo para las personas involucradas.

Para determinar el tipo de abuso hacia las mujeres y los escenarios en que éste ocurre en algún momento de la atención del parto no se obtuvo ningún identificador personal, sólo el testimonio tanto de prestadores como de usuarias del servicio de atención del parto. En el caso de las mujeres parturientas, no se recabaron datos de identificación personal, sino que se emplearon identificadores numéricos. Para garantizar la confidencialidad de los datos, sólo la investigadora responsable y la persona encargada de realizar la entrevista tuvieron acceso a esta información. En todos los casos se solicitó consentimiento informado oral y se dejó claro el carácter voluntario de la participación.

3. Resultados

Componente cuantitativo

I. Características generales

En total, 512 mujeres que acudieron a estas unidades de salud para atención del parto respondieron el cuestionario para la identificación del maltrato; de ellas, 62% fue captado en el hospital 1. Alrededor de 64% son jóvenes entre los 13 y los 24 años. En cuanto a escolaridad, 43% tiene secundaria y 7% tiene la primaria inconclusa. La mayoría de las mujeres sólo habla español y casi 3% habla alguna lengua indígena. Respecto al estado civil, 86% corresponde a mujeres casadas o que viven en unión libre, alrededor de 6% a mujeres solteras y la mayoría de las mujeres se encuentra en su primera unión. Siete de cada diez mujeres son amas de casa, 20% trabaja fuera del hogar y alrededor de 2% son estudiantes.

II. Salud reproductiva

Más de la mitad son mujeres multigestas y la media de edad de su primer embarazo es menor a lo que se documentó respecto a las primigestas (18.93 y 20.28 años, respectivamente). El número promedio de embarazos que indicaron las multigestas fue 3 (mínimo 2 y máximo 10 embarazos). Estas mismas usuarias informaron que, de sus embarazos anteriores, casi 100% de ellas ha tenido hijos nacidos vivos; 3% refirió que tuvo hijos nacidos muertos y casi dos de cada diez usuarias notificaron abortos.

De las usuarias que acudieron a los hospitales en estudio a solicitar atención del parto, 57% terminó en cesárea, 94% notificó que alguien la revisó en este último embarazo y casi 98% comunicó que esta atención fue por parte de un médico; también mencionaron a la enfermera y a la partera, aunque en un porcentaje mucho menor (5.59 y 4.35%, respectivamente). Casi 85% de las usuarias llevó su control prenatal en un centro de salud, alrededor de 13% le dio seguimiento en un consultorio privado y 17%, en algún hospital. Al indagar sobre la evolución del embarazo, tres de cada diez entrevistadas revelaron haber cursado un embarazo de alto riesgo. Más de la mitad de las usuarias se encontró en puerperio postquirúrgico por cesárea en ambos hospitales.

III. Atención del parto

Se encontró una proporción de cesáreas de 50% en la conjunción de ambos hospitales, proporción que fue ligeramente mayor en el hospital 1. La proporción de cesáreas programadas es de 7% en ambos hospitales (figura 1). En este aspecto, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.814$). Sobre la duración del trabajo de parto, 22% de las entrevistadas refirió no haberlo cursado, y de éste, a 96% le fue practicada una cesárea. 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 vía vaginal. Las categorías de duración del trabajo de parto analizadas por hospital no mostraron ser diferentes ($p=0.081$).

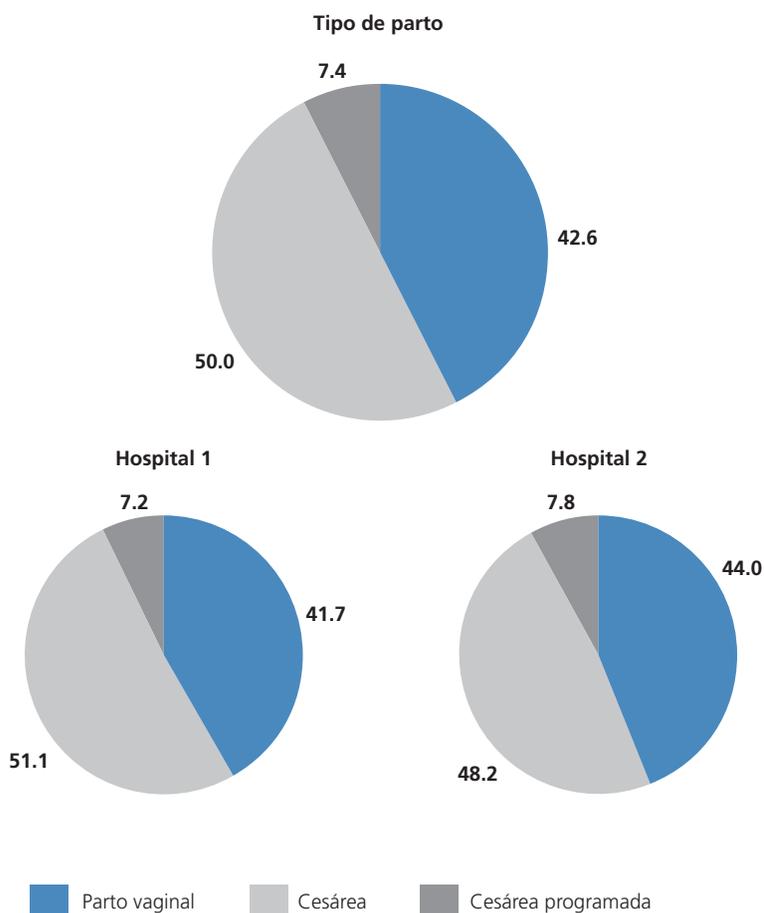


Figura 1. Atención del parto por hospital. México, 2012

Se obtuvo información acerca de la realización de tactos vaginales durante el proceso. En general, se notificó la realización de 1 a 40 tactos vaginales, con un promedio de 4.47 ± 3.68 . Esto significa que en promedio a cada mujer le fueron realizados de 4 a 8 tactos vaginales durante el proceso de atención en las unidades hospitalarias. Al diferenciar por vía del parto, encontramos que mujeres que tuvieron un parto normal informaron sobre la realización de 5 a 8 tactos, y en el caso de las cesáreas programadas, de 3 a 4 tactos. Al comparar por tipo de hospital y vía del parto, observamos que en el hospital 2 el número de tactos vaginales documentados por las usuarias fue menor que en el hospital 1, en cualquiera de las vías del parto (cuadro 1).

Al preguntarles a las mujeres si se habían sentido maltratadas por alguien del personal de salud, 11% de ellas respondió afirmativamente (cuadro 2). Esta proporción fue similar en los dos hospitales ($p=0.888$). La persona que fue identificada como la que ejerció abuso en esta muestra de usuarias, por orden de frecuencia, fue enfermera, médica y médico. De las entrevistadas ($n=99$), 19% refirió algún tipo de abuso verbal, con frases como “no grite”, “no llore”, “no se queje”, con regaños o humillaciones, y algunas mujeres reportaron ser “ignoradas” por el personal que las atendió. Casi 8% de las mujeres ($n=39$) declaró abuso físico, descrito como: “Me hicieron presión en el abdomen con ambas manos o con el antebrazo”. Otros reportes fueron sutura sin anestesia, golpes en las piernas, amenaza, pellizco.

La proporción de mujeres que afirmaron haber sido objeto de abuso fue de 29%, y no se encontraron diferencias por hospital ($p=0.815$) (cuadro 2).

Cuadro 1. Número de tactos vaginales realizados por tipo de parto, por hospital, México, 2012

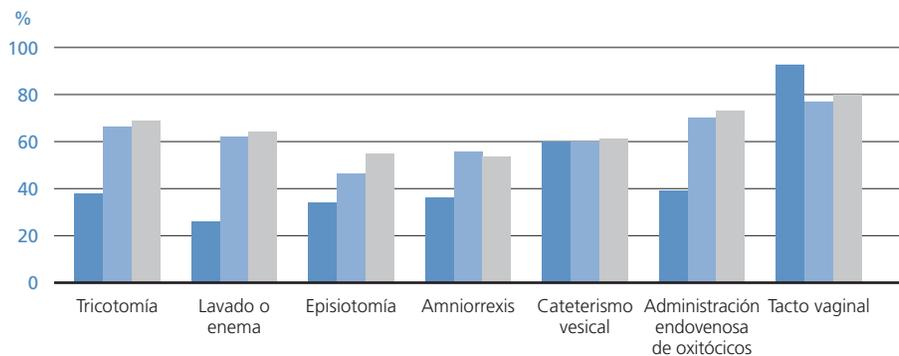
Tactos vaginales realizados	Total (n=512)		Hospital 1 (n=319)		Hospital 2 (n=193)	
	Media \pm DE	Mín-Máx	Media \pm DE	Mín-Máx	Media \pm DE	Mín-Máx
En general	4.47 \pm 3.68	1-40	4.85 \pm 4.18	1-40	3.87 \pm 2.65	1-15
Parto natural	4.75 \pm 2.96	1-20	5.14 \pm 3.25	1-20	4.16 \pm 2.36	1-15
Cesárea	4.39 \pm 4.34	1-40	4.78 \pm 4.99	1-40	3.78 \pm 2.95	1-15
Cesárea programada	2.84 \pm 1.37	1-6	3.18 \pm 1.47	1-6	2.3 \pm 1.05	1-4

Cuadro 2. Prevalencia de abuso hacia mujeres atendidas en salas de parto. México, 2012

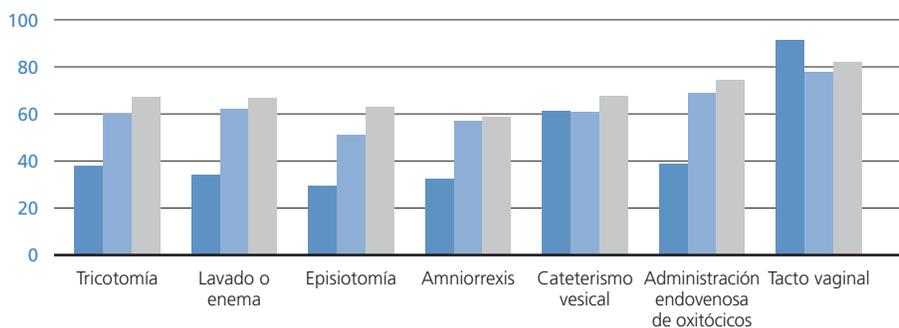
	Total		Hospital 1		Hospital 2	
	n	%	n	%	n	%
Se sintió maltratada	57	11.13	36	11.29	21	10.88
Abuso verbal	99	19.34	57	17.86	42	21.76
Abuso físico	39	7.61	33	10.34	6	3.10
Abuso total	149	29.10	94	29.47	55	28.50

En relación con las maniobras durante la atención del parto, se observó que después del tacto vaginal la práctica más frecuente fue la administración de oxitócicos en infusión, seguido por la colocación de una sonda vesical (figura 2). Al explorar por tipo de hospital y parto vía vaginal, encontramos que a 98% de las mujeres se le realizó un promedio de 5 ± 3 tactos vaginales, con un mínimo de 1 y un máximo de 20. Esto fue similar en ambos hospitales ($p=0.563$). La segunda maniobra más frecuente fue la episiotomía, que se realizó en 66.5% de las mujeres, de las cuales 53% eran primíparas. No se encontraron diferencias en la realización de esta práctica por tipo de hospital ($p=0.298$). La amniorrexia y la administración de oxitocina en infusión intravenosa fueron mencionadas por más de la mitad de las usuarias entrevistadas (56 y 54%, respectivamente), maniobras que se realizaron de forma similar en ambos hospitales ($p>0.05$). El enema evacuante se realizó, según el informe de las usuarias, a 25% de ellas; esta proporción fue mayor en el hospital 1 (33%), lo que mostró una diferencia significativa en la realización de esta práctica por tipo de hospital ($p=0.000$).

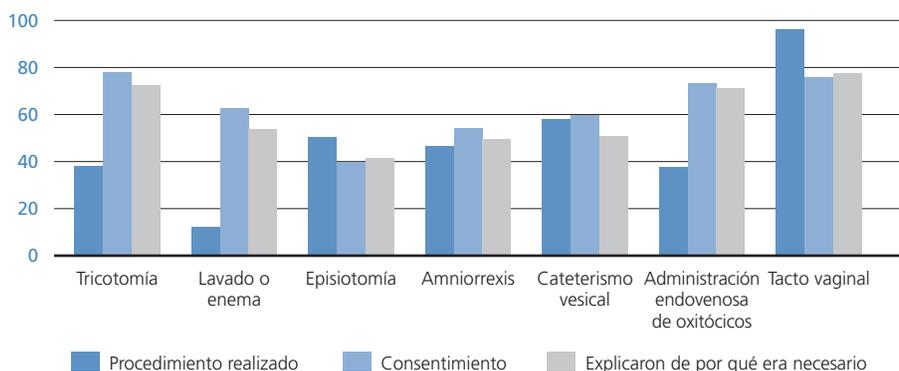
Se preguntó a las usuarias su percepción acerca de la realización del tacto vaginal durante el trabajo de parto, a través de veinte enunciados (cuadro 3). Los resultados más relevantes fueron que 82% de las mujeres consideró que el tacto vaginal fue hecho con respeto y 69% que el tacto vaginal fue hecho con gran cuidado; 72% de las usuarias sintió que no podía rechazar la realización de un tacto vaginal y 62%, que la razón de un tacto vaginal nunca fue adecuadamente discutida con ellas.



Hospital 1



Hospital 2



■ Procedimiento realizado ■ Consentimiento ■ Explicaron de por qué era necesario

Figura 2. Realización de procedimientos durante la atención del parto en hospitales del estado de Morelos, 2012

Cuadro 3. Percepción (experiencia) del tacto vaginal durante la atención del parto en dos hospitales del estado de Morelos, 2012

	Siempre	Varias veces	A veces	Nunca
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
a. El médico le dio información excelente acerca del tacto vaginal (n=477)	202 (42.35)	37 (7.76)	52 (10.90)	186 (38.99)
b. Siempre podía rechazar un tacto vaginal (n=477)	56 (11.74)	18 (3.77)	56 (11.74)	347 (72.75)
c. El médico siempre le pidió permiso para la realización de un tacto vaginal (n=477)	318 (66.67)	36 (7.55)	24 (5.03)	99 (20.75)
d. El tacto vaginal fue siempre hecho con gran cuidado (n=476)	328 (68.91)	35 (7.35)	54 (11.34)	59 (12.39)
e. La razón del tacto vaginal nunca fue adecuadamente discutida (n=475)	109 (22.95)	41 (8.63)	30 (6.32)	295 (62.11)
f. Los tactos vaginales fueron hechos con respeto (n=477)	389 (81.55)	38 (7.97)	22 (4.61)	28 (5.87)
g. Siempre daba su consentimiento antes de que se realizara el tacto (n=476)	303 (63.66)	45 (9.45)	27 (5.67)	101 (21.22)
h. Siempre se sintió apoyada durante el tacto vaginal (n=477)	319 (66.88)	49 (10.27)	37 (7.76)	72 (15.09)
i. Siempre se mantuvo la privacidad durante los tactos vaginales (n=475)	301 (63.37)	42 (8.84)	27 (5.68)	105 (22.11)
j. Los tactos vaginales le causaban gran vergüenza (n=476)	118 (24.79)	20 (4.20)	66 (13.87)	272 (57.14)
k. Durante cada tacto le informaron qué estaba sucediendo (n=477)	363 (76.10)	21 (4.40)	26 (5.45)	67 (14.05)
l. Los tactos vaginales fueron desagradables (n=472)	157 (33.26)	29 (6.14)	87 (18.43)	199 (42.16)
m. Pensando en su trabajo de parto, le realizaron muchos tactos vaginales (n=475)	132 (27.79)	20 (4.21)	31 (6.53)	292 (61.47)
n. La realización de un tacto vaginal le causa gran ansiedad (n=476)	51 (10.71)	9 (1.89)	39 (8.19)	377 (79.20)
o. Los tactos vaginales fueron mucho más desagradables de lo que había imaginado (n=471)	161 (34.18)	24 (5.10)	46 (9.77)	240 (50.96)
p. Encontró los tactos vaginales dolorosos (n=473)	223 (47.15)	31 (6.55)	101 (21.35)	118 (24.95)
q. Habría deseado que el médico le explicara mejor los pormenores acerca del tacto vaginal (n=471)	215 (45.65)	25 (5.31)	45 (9.55)	186 (39.49)
r. La información recibida sobre el tacto vaginal fue tranquilizadora (n=478)	254 (53.14)	30 (6.28)	70 (14.64)	124 (25.94)
s. La información recibida sobre el tacto vaginal le causó ansiedad (n=475)	35 (7.37)	10 (2.11)	32 (6.74)	398 (83.79)
t. Sintió que el tacto vaginal se realizó con brusquedad algunas veces (n=476)	97 (20.38)	13 (2.73)	64 (13.45)	302 (63.45)

Componente cualitativo

En el análisis y selección de categorías de las entrevistas semiestructuradas a mujeres, se tomó como base los ejes temáticos propuestos por Bowser y Hill.¹⁶ Estas autoras presentan evidencias asociadas con la “falta de respeto y abuso” hacia las mujeres durante la atención del parto en distintos países. Las categorías analíticas propuestas por ellas son: 1) abuso físico, 2) ausencia generalizada de los procesos de información y consentimiento informado acerca de los procedimientos en el trabajo de parto, 3) no confidencialidad, que se traduce en falta de privacidad durante la atención y cuidado, 4) atención y cuidados no dignos, 5) discriminación basada en atributos específicos de la persona (etnia, edad, VIH, origen, creencias culturales, clase, educación), 6) abandono de la paciente durante el proceso de atención del trabajo de parto y 7) detención en instalaciones por procedimientos administrativos. Excepto esta última categoría, todas las demás coincidieron con la información de este estudio. Además, se agregó una séptima categoría relacionada con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

La información de las entrevistas de grupos focales al personal de enfermería y médicos(as) que se presenta en este documento se agrupó en categorías relacionadas con el funcionamiento de los servicios de salud del hospital y así como de la percepción que se tiene de las usuarias y de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

A continuación se presentan los resultados en dos subapartados: 1) mujeres entrevistadas en el postparto inmediato y 2) personal de salud entrevistado.

Mujeres entrevistadas en el postparto inmediato

Información de las entrevistas organizada en las siete categorías descritas en los párrafos previos.

• Abuso físico

Se identificaron actos concretos del personal de salud como aventar o golpear alguna parte del cuerpo de la mujer; maniobras o procedimientos clínicos cuya intención fue causar dolor a la mujer, y que la mujer los haya externado al personal de salud, pero éste no respondió a su queja o petición, por ejemplo: episiotomía sin anestesia, exploraciones como tacto vaginal, revisión uterina, revisión abdominal, canalización de soluciones intravenosas, bloqueo epidural, cesáreas, etcétera:

“Cuando tuve dolores, vine a que me checaran. El doctor me hace el tacto, pero me lastima horrible al meterme los dedos y me muevo, subo la cadera y el doctor me avienta las piernas y me dice que no me iba a atender, que viera a cualquier otro doctor porque no iba a seguir aguantando que yo no me dejara revisar. Me aventó las piernas por un lado y se fue” (hospital 1).

• Abuso verbal

Se identificaron actos en los que se emiten amenazas, ofensas o comentarios que violentan a la mujer. Durante la atención y cuando las mujeres se encuentran ansiosas, en ocasiones el personal de salud hace comentarios sexistas e irrespetuosos asociados con la vida sexual y erótica de la mujer:

“Decían: No lloren, aguántense, acuérdense cómo lo estaban haciendo, ahí si lo gozaban, ahora están que chillan, ahora aguántense” (hospital 1).

• Falta de información durante la atención

Se encontraron situaciones en las que no se brindó información a la mujer sobre los procedimientos propios del trabajo de parto (tacto vaginal, aplicación de medicamentos, dilatación del cuello uterino, bloqueo epidural, anestesia, cesárea, episiotomía, métodos anticonceptivos, entre otros).

Los relatos dejan en evidencia que la falta de información provoca confusión y ansiedad innecesarias en la mujer, en un contexto en el que se requiere que ella esté bien informada para que colabore de manera activa durante el proceso de atención de parto:

“Me decían: Señora, la vamos a revisar, abra las piernas. Me hacían el tacto, anotaban y ya no me decían nada, se iban” (hospital 1).

En las salas de parto es una práctica frecuente que el personal de salud efectúe exploraciones sin pedir consentimiento y sin brindar información acerca de lo que encuentra y la evolución clínica del trabajo de parto.

• No confidencialidad

En los diversos espacios hospitalarios las usuarias pueden escuchar y ser testigos de la información que se brinda a otras mujeres o incluso de las revisiones clínicas, lo cual viola procedimientos éticos en la atención y cuidados médicos:

“A mi costado había una mujer que tenía un aborto y le iban hacer un legrado; la chica lloraba y decía que quería hablar con alguien de su familia, y los médicos le decían: Mire, señora, usted ya es una mujer adulta, cuando se embarazó no tuvo que pedir permiso a un familiar. Aquí no puede pasar nadie” (hospital 1).

Además de la falta de confidencialidad durante la atención, se encuentra en este testimonio abuso verbal y lenguaje irrespetuoso del personal de salud.

• Atención y cuidados médicos no dignos

Se refiere a las actitudes del personal de salud al brindar atención o al realizar los procedimientos de revisión rutinarios durante el trabajo de parto, actitudes en las que existe falta de respeto o la atención que se brinda está fuera de los estándares establecidos.

Tanto las prácticas como las actitudes y el lenguaje que utiliza el personal de salud con las mujeres durante el trabajo de parto o durante los procedimientos quirúrgicos denotan falta de respeto, asimismo se encuentran situaciones en las que se viola la ética en la atención médica como el ingerir bebidas alcohólicas dentro del hospital:

“Y cuando los doctores estaban pasando a checar, pasaban todos en bola, entre ellos se veían y no te hablaban, y cuando empezaban a gritar las señoras, les decían: Es que no estás sola, ¡cállate!” (hospital 1).

“En la noche me di cuenta de que los médicos estaban ingiriendo bebidas alcohólicas. Yo escuché cuando el médico pidió por celular una botella de Torres 10, vodka y hielo. Le dijo al señor que le hablara cuando estuviera en la puerta y él saldría. Estaban tomando su bebida y hasta la voz se escuchaba, se acercaban a uno con aliento alcohólico” (hospital 1).

• Discriminación basada en atributos específicos de la persona

Esta categoría describe el trato que se brinda a las usuarias basado en los atributos de su persona (físicos, pertenencia cultural o social, por estar afiliada al seguro popular, entre otros).

Se encontró que las mujeres perciben una mala calidad de la atención debido a que son hospitales públicos y ellas pertenecen al seguro popular.

“Más que sentirme mal, me molestó. Aunque no pagamos porque somos del seguro popular, creo que también merecemos una atención buena y no ese tipo de insultos y groserías (hospital 1)”

“El tacto que me hizo y la sonda pues me dolieron, entonces me dijo: Madrecita, pues si no quieres pasar por esto, junten su dinerito y váyanse a un particular para que las operen en diez minutos y no tengan ningún dolor” (hospital 1).

• Abandono de la paciente

Se encontraron casos de mujeres que debido a la falta de monitoreo adecuado en la evolución del trabajo de parto, daban a luz en las camillas, o bien, demoras en los cuidados brindados por el personal de salud.

“Soy mamá de cinco, y obviamente ya sabes, sientes cuando ya viene el bebé, y cuando se me rompió la fuente, le dije a una de las doctoras, y me dijo que es normal. Otra doctora me hizo el tacto y me dijo: Tienes cinco; yo la verdad no sé cuánto sea de dilatación, y ella se paró enfrente de la camilla y le dije: Ya viene, doctora, ella dice: No, tienes cinco. Yo me agarré del barandal y empecé a pujar, es algo que ya no puedes detener; entonces, cuando vio que mi bebé ya venía, le pone la mano en la cabecita y con la otra mano me trata de cerrar las piernas y me dice: Espérate, pero le dije: No, déjeme, y fue cuando nació mi niña. Y sí se molestó” (hospital 2).

• Derechos sexuales y reproductivos

Existe desconocimiento generalizado por parte de las mujeres respecto a sus derechos sexuales y reproductivos, así como una práctica constante por parte del personal de salud para promover y forzar los métodos anticonceptivos en las mujeres. Las políticas de población se concretan a través del ejercicio del poder médico sobre las mujeres que atienden, aun cuando no brindan educación sanitaria sobre los diversos métodos ni respetan las decisiones de las mujeres.

“Yo soy madre soltera y no tengo pareja, y les dije que no quería controlarme con nada y la enfermera me dijo: para que te atendamos aquí es un requisito que te pongas el DIU y tienes que firmar. Cuando ya había nacido mi bebé, entró la doctora y me preguntó si había firmado el documento y le dije que sí pero que no quería, y me dijo lo mismo: que era un requisito” (hospital 1).

En el análisis de las entrevistas efectuadas a las mujeres se encontró que se presentan situaciones en las que el personal de salud ejerce un poder que violenta los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Personal de salud

Por otro lado, la exploración de las experiencias de médicas(os) y enfermeras(os) durante la atención del parto develó dificultades que impiden que el personal de salud otorgue una atención de calidad a las mujeres que acuden a su servicio, aunque también desentrañó actitudes discriminatorias de los profesionales hacia el cuidado de las mujeres. En los siguientes párrafos se muestran los resultados más relevantes de los grupos focales.

• Funcionamiento de los servicios de salud

Médicas y médicos especialistas que colaboran en los distintos servicios de atención a las mujeres embarazadas o en trabajo de parto del Hospital de la Mujer señalaron que uno de los aspectos que contribuye a su sobrecarga laboral es la manera en que el primer nivel de atención lleva a cabo la referencia de usuarias hacia los hospitales de segundo y tercer nivel. Coinciden en que derivarles casos sin referencia adecuada o aquéllos que se pueden detectar y atender en el centro salud aumenta su carga laboral e impacta en los tiempos de atención brindados.

“Al área de urgencias todas llegan con cérvico-vaginitis. Me llama mucho la atención cómo estamos viendo en urgencias estos casos cuando en el centro de salud se tendría que preparar a la mujer durante el embarazo; esto evitaría que cuando lleguen aquí estén sumamente complicadas” (entrevista a personal médico).

Lo anterior es visto por el personal de salud como un obstáculo, el cual se relaciona con la forma en que están organizados los servicios de salud de 1º, 2º y 3º nivel, y propicia una mala calidad de la atención, favorece el abandono en la atención y expone a las usuarias a vivir experiencias de omisión de cuidados y negligencia médica. Una mejor coordinación entre los distintos niveles de los servicios

de salud, conjugando vigilancia y capacitación entre profesionales de los distintos niveles de atención, daría mejoras considerables en este aspecto.

• Funcionamiento del hospital

Otra dificultad expresada tanto por enfermeras como por el personal médico es la relacionada con la capacidad del hospital en cuanto a recursos humanos y materiales para que el personal de salud efectúe su trabajo. Por un lado, se mencionó que la plantilla del hospital no está completa, lo que se suma a las características de contratación como la falta de prestaciones laborales. Pese a la insuficiencia de personal, el hospital no recibe a médicos internos y se cuenta sólo con un residente y 23 pasantes de enfermería, lo que ocasiona una sobrecarga laboral para el personal de salud existente.

“Yo he trabajado en muchos hospitales y en ninguno había visto que no haya jefes de piso; en el área de hospitalización es básico que haya una jefe de piso que haga actividades específicas. Lo que tenemos aquí es a una encargada que además tiene pacientes, entonces realiza diversas tareas que no alcanza a cubrir: o checa a los pacientes, o trata de que todo esté bien dotado, o trata de hacer la solicitud de medicamento, o detecta problemas en los pacientes” [entrevista a enfermeras].

“De 2009 a 2011 el número de pacientes atendidas se ha duplicado, pero seguimos siendo los mismos, tanto personal de enfermería como personal médico. Entonces, se ha duplicado el trabajo pero no el personal” (entrevista a personal médico).

Por otro lado, se encuentran los aspectos relacionados con la infraestructura material del hospital como falta de: a) extensiones telefónicas que agilicen la comunicación entre servicios, b) material de papelería, c) pañales para los recién nacidos, d) sábanas para las camillas, y e) distribución inadecuada de los quirófanos. Todos estos aspectos en conjunto dificultan el trabajo del personal de salud.

“Un inconveniente muy grande del hospital es que no hay extensiones, no hay teléfono para comunicarse [con los otros servicios], entonces hay que ir al banco de sangre hasta el fondo, donde está consulta externa, bajar la requisición, esperar a que venga y bajar por el paquete de sangre, luego venir a ponerlo, ¿cuánto tiempo pasa en lo que una se desplaza? Puede haber una urgencia en lo que nos vamos” (entrevista a personal de enfermería).

“También para darle su privacidad a la paciente que está en quirófano, la están operando y todo mundo está pasando por ahí porque es finalmente quirófano, pero también hace las veces de pasillo, entonces no puedes guardar simplemente la esterilidad de tu sala quirúrgica porque todo mundo está pasando. Y eso es algo básico” (entrevista a personal médico).

• Percepción de las usuarias por parte del personal de salud

La práctica del personal de salud en cuanto al trato digno y respetuoso hacia las usuarias que demandan atención durante la labor de parto queda poco preservada. El personal de salud coincide

en que el nacimiento es el momento en el que se experimenta mayor dificultad para interactuar de manera tranquila con las usuarias y explicarles los procedimientos de intervención. Conciernen en que es un momento en el que las reacciones de las mujeres pueden ser diversas ante la experiencia; señalan que durante la labor de parto es difícil que escuchen indicaciones y otras pueden reaccionar de forma agresiva:

“Pasó hace poquito con una paciente que llegó demasiado inquieta, muy arrebatada, aventaba todo y no se dejaba canalizar. Se canalizó y se tapó el tubo, por lo que el tiradero de sangre fue horrible, y ya en la sala de expulsión el médico tampoco pudo controlarla, la ginecóloga pidió a un familiar y tuvieron que entrar con ella para que nos ayudara a sujetarla y naciera el bebé, porque no, de verdad no se pudo con ella, y hay muchas pacientes muy difíciles, y como dice [mi compañera], la cultura aquí tiene mucho que ver” (entrevista a personal de enfermería).

Otro momento que el personal de salud reconoce que puede ser doloroso e incómodo para las mujeres es cuando se les realiza el tacto vaginal (TV):

“La ventaja que tienen aquí [las mujeres] es que el tacto se lo hace un especialista que ya sabe lo que está buscando; no es lo mismo que en otros hospitales-escuelas donde pasa el interno número 1 y del 1 al 15 van a revisar a una señora, entonces, son quince tactos que el interno ni sabe qué va a buscar y nada más le anda ahí dando vueltas y vueltas; ésa es una ventaja que tienen las pacientes de acá, que el tacto va específicamente a buscar algo, no a aprender a hacerlo.”

P: ¿En un hospital privado también pasa eso?

R: Sí hay residencias, sí, pero en menor número porque como paciente privado tú no puedes dejar que te estén toqueteando los quince que tienen que aprender, entonces, el médico a cargo de la paciente asigna a uno: la vas a revisar sólo cuando sea necesario, si no, me hablas, y yo veo, porque a mí me van a pagar 30 mil pesos.

“¡Claro! el residente del privado está con una sola paciente y le hicieron dos tactos en toda la noche y no les dan chance los médicos a que estén revisando a sus pacientes, no pueden. Aunque en medicina, aquí y en China es experiencia, ve y toca. Es que si no lo haces, ¿cómo vas a aprender?” (entrevista a personal médico).

Un tema abordado fue el reconocimiento médico ante los “saberes” de las mujeres sobre su cuerpo. Se exploró con el personal de salud si creían que ellas eran capaces de identificar señales que les advirtieran del nacimiento del bebé. El personal médico y de enfermería sostuvo que eso era innegable, sin embargo, los relatos de algunas mujeres entrevistadas demuestran que dicha afirmación no se concreta en la práctica, e incluso hay casos en que las mujeres comunicaron las señales y fueron ignoradas. Como resultado de dicha omisión o abandono del cuidado, se recuperaron relatos de nacimientos en camillas.

Otro aspecto de la interacción entre el personal de salud y las usuarias parte del concepto que se tiene de la población a la que se le otorga el servicio. En las entrevistas, el personal de salud mencionó

aspectos socioculturales (origen, educación, costumbres), asociados con el comportamiento de las usuarias, que obstaculizan su labor. Expusieron que la escolaridad de las mujeres que atienden dificulta la comprensión de indicaciones de cuidado postoperatorio y postparto, pero también señalaron la dificultad de atender a mujeres embarazadas producto de una violación o con experiencia de violencia doméstica, que rechazan al bebé o que tienen abortos. La preocupación por dichos casos en ocasiones se acompaña de poca sensibilidad hacia las mujeres y poca pericia en su manejo:

“Aquí tiene que ver mucho la calidad o cultura de la paciente, porque a la paciente no le gusta levantarse temprano para ir a sacar ficha al centro de salud, no le gusta estar haciendo fila, para ella lo más común es esperarse demasiado tiempo hasta que realmente se siente mal embarazada, entonces, decide venir a pedir una consulta a urgencias porque sabe que no se le va a negar nunca el servicio” (entrevista a personal médico).

“Yo creo que algo muy importante que no logramos entender del todo es que hay pacientes que no tienen un IQ (coeficiente intelectual) muy desarrollado, entonces, intenta hacerles entender que están en riesgo y que necesitan tomarse el medicamento y demás... Tú les dices: ¿Entendiste?, pero tienes una cola de diez personas esperándote y presionándote. Pruebas otra forma diciendo: A ver, señora, que pase el familiar, y está peor el familiar, ¿qué hago?” (entrevista a personal médico).

Se observa, por la forma en que se emiten los juicios de valor hacia las mujeres, la descalificación de los aspectos socioculturales y formas de vida de la población, además de que existe una abierta discriminación y poca sensibilidad hacia la población que se atiende que no sólo se puede advertir en el discurso de estos profesionales, sino que también permea su práctica.

• El respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son un aspecto indispensable cuando se aspira a tener una atención ginecoobstétrica de calidad. En este caso se indagó el conocimiento que el personal de salud tenía acerca de tales derechos, y la respuesta ante ello fue inmediata: ningún participante en los grupos focales sabía del asunto y sólo algunos habían escuchado “algo” del tema.

Esta falta de información se relaciona con un mandato por parte del sistema de salud de presionar a las mujeres para que utilicen métodos anticonceptivos. Esto se manifiesta a través de un “deber” de vigilar y sancionar a las mujeres por parte de médicas(os) y enfermeras para que planifiquen los hijos que desean tener y por lo tanto utilicen métodos anticonceptivos temporales o definitivo, dependiendo también del número de hijos que tengan y de la situación socioeconómica en que se encuentren:

“Nos preocupa que se vayan con un anticonceptivo porque hemos tenido a pacientes que ingresan al área de urgencias, tienen veintidós años y ya van por el quinto hijo. O mujeres que son de más de cuarenta años que ya tienen seis [...]. Ayer estuvo una paciente que estaba así, que su hijo el más chico tiene dieciséis años, y otra señora que tiene cuarenta y tres años y ya va por otro, y se le pregunta si se va a poner algún método, y responden: Lo voy a pensar. Fue la doctora y le estuvo diciendo [...], pero

aun así lo piensa para ponerse algún método, aunque lo mejor sería que se hicieran algo definitivo” (entrevista a personal de enfermería).

En el análisis de entrevistas a mujeres y a personal de salud se identifican dos ejes relacionados entre sí implicados en la atención que se brinda en las salas obstétricas: 1) derechos en salud y 2) condiciones laborales del personal de salud.

Los resultados de este estudio muestran que existen prácticas del personal de salud en las que se hace evidente el ejercicio de poder, en algunas situaciones con abuso físico y en otras ejerciendo presión para el uso de anticonceptivos, pero en uno y otro caso se violentan los derechos en salud de las usuarias.¹⁷ La manera en que se relacionan médicos(as) y enfermeras(os) con las usuarias y que se concreta en una relación asimétrica y de ejercicio de poder se puede explicar, entre otras razones, por la formación profesional que han recibido bajo un sistema vertical y jerarquizado en el que se presentan de manera “natural” las relaciones de poder en las instituciones de salud.¹⁸

Además, en cuanto a las condiciones laborales encontradas en el personal de salud que participó en esta investigación, hubo evidencias de que médicos(as) y enfermeras(os) se encuentran en situaciones de precariedad laboral debido a que tienen inestabilidad en el empleo porque están contratados bajo una modalidad de contratos temporales, sin prestaciones como antigüedad, vacaciones o seguridad social.¹⁹ Además, se carece de recursos suficientes en cuanto a infraestructura e insumos materiales para brindar una buena calidad de la atención.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Reporte del grupo de trabajo técnico. Ginebra: OMS, 1997.
2. Secretaría de Salud. Guía para la vigilancia y el manejo del parto. México: SSa, 2009.
3. Chaillet N, Dumont A. Evidence- based strategies for reducing cesarean section rates: A meta-analysis. *BIRTH* 2007;34:53-64.
4. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto. Guía para obstetricas y médicos. Edición en Español. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2002.
5. Ballesteros-Meseguer C, López-Pay MD, Martínez-Román C. La exploración vaginal durante la asistencia al parto. *Revista Científica de Enfermería* mayo 2012;4:1-14.
6. Marques de Aguiar J. Violência institucional em maternidades públicas: Hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão gênero (tesis de doctorado). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010. [Consultado 2011 septiembre 30]. Disponible en: www.teses.usp.br/teses/.../JanainaMAguiar.pdf.
7. Toro J, Zapata L. Reseña de las Jornadas El ginecoobstetra 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.
8. Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanizacao da assistencia ao parto. Tese. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2001.
9. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM). Silencio y complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú. Lima: CRLP, CLADEM, 1998.
10. Menezes DCS, Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saúde Pública* 2006;22(3):553-559.
11. Richard F, Filali H, Lardi M, de Brouwere V. Hospital deliveries in Morocco or how to reconcile different logics. *Rev Epidemiol Sante Publique* feb 2003;51(1):39-54. In French.
12. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry (Vol. 3). University of California Press, 1980.
13. Hahn RA. *Sickness and healing: An anthropological perspective*. New Haven: Yale University Press, 1995.
14. Dalsgaard AL. Vida e esperanças: Esterilização feminina no Nordeste. São Paulo: UNESP, 2006.
15. D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet* 2002;359:1681-1685.
16. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Report of a landscape analysis. Cambridge: USAID, Harvard School, 2010.
17. 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.
18. 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. En: Castro R y López A. Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional. Montevideo: Universidad de la República, 2010.
19. Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M. Empleo. Trabajo y desigualdades en salud: una visión global. Barcelona: Icaria, 2010.

Agradecimientos

Agradecemos a todas las mujeres que participaron en el estudio, quienes a pesar de la vulnerabilidad en la que se encontraban, agradecieron en su mayoría la oportunidad de compartir sus experiencias. A las autoridades de los Servicios de Salud de Morelos, por la apertura general, que prevaleció sobre la resistencia de algunos directores médicos. Un especial agradecimiento a Esperanza Delgado, Susana Collado, Evangelina Vázquez Curiel, Guadalupe Ramírez, Javier Domínguez, quienes amablemente leyeron el documento e hicieron sugerencias que enriquecieron la versión final. Por último, gracias a Luis Alberto Villanueva Egan por la invitación al desarrollo de esta experiencia académica, que resultó una oportunidad de documentar un viejo problema, tan normalizado entre el personal hospitalario, las instituciones de salud y las propias mujeres, que se ha convertido en una práctica cotidiana. Esta nueva evidencia y las estrategias a futuro permitirán cambiar una dolorosa realidad que aqueja a las mujeres en uno de los momentos de mayor intensidad y poderío: el de parir a nuestros hijos e hijas.

**El abuso
hacia las mujeres
en salas de maternidad**
nueva evidencia sobre un viejo problema

RESUMEN • EJECUTIVO

Se terminó de imprimir en octubre de 2013.
La edición consta de 1 000 ejemplares
y estuvo al cuidado de la Subdirección
de Comunicación Científica y Publicaciones