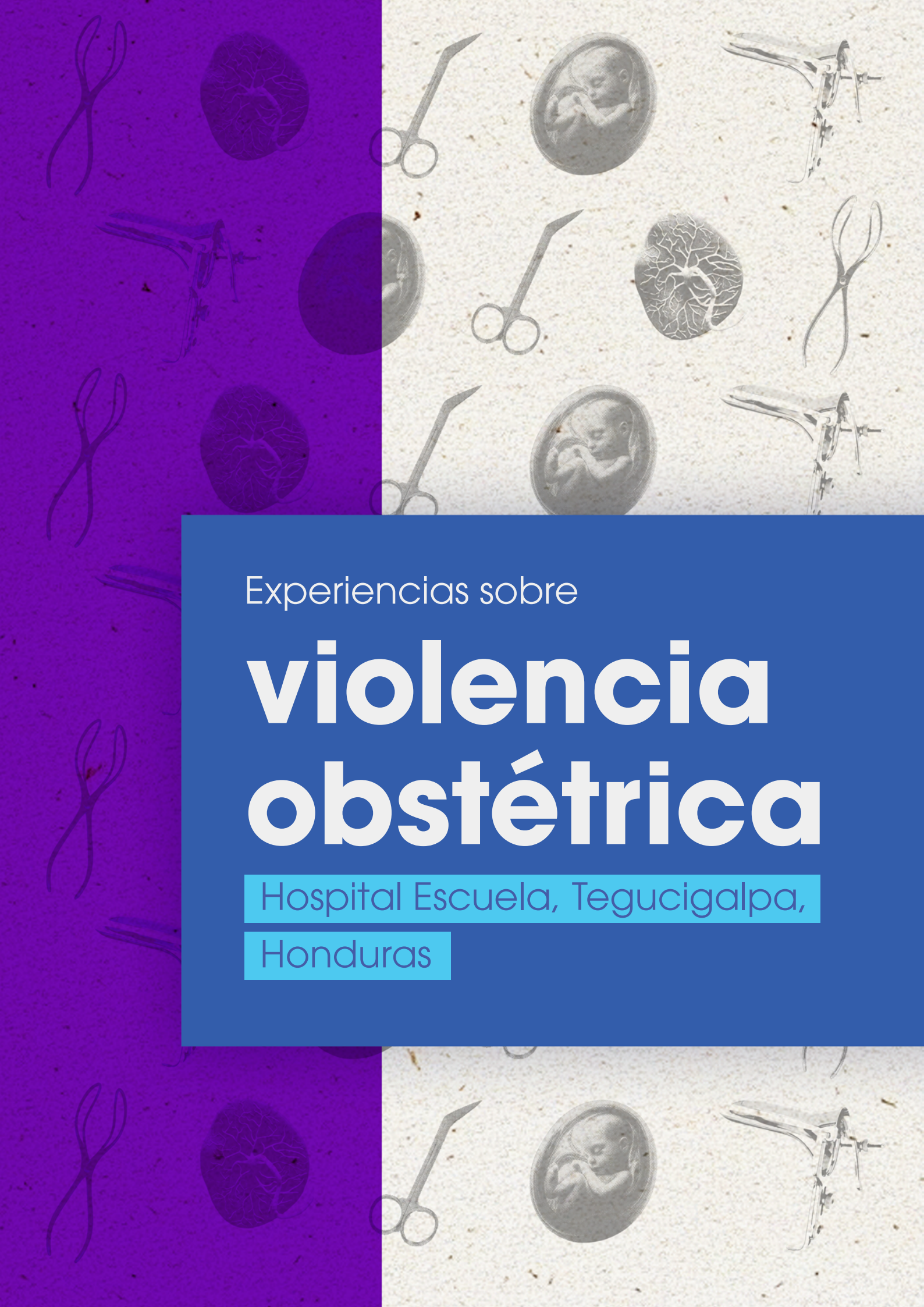




Experiencias sobre

violencia obstétrica

Hospital Escuela, Tegucigalpa,
Honduras



Investigación: Dra. Pavlova Polanco

Revisión: Brenda Miralda, Lara Bohórquez, y Gilda Rivera Sierra

Diagramación: Momo Durón

Se permite reproducción total y parcial siempre y cuando se citen los contenidos y no se haga con fines comerciales.

Este documento ha sido posible gracias al apoyo de Iniciativa Romero (ICR) y el financiamiento del Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ), ambas de Alemania.

El contenido es responsabilidad exclusiva del consorcio entre Asociación de Jueces por la Democracia (AJD), Bufete de Justicia para los Pueblos (BJP), Centro de Derechos de Mujeres (CDM) y Centro Jurídico por los Derechos Humanos (CJDH), y no refleja necesariamente la opinión de los donantes.

Primera edición, 2025.

Tegucigalpa Honduras

Tabla de contenido

1. Introducción	5
2. Una problemática silenciada en la atención materna	7
3. ¿Qué es la violencia obstétrica?	10
4. Metodología	15
4.1. Recolección de Datos	17
4.2. Consideraciones Éticas	18
5. Resultados y análisis	19
5.1. Perfil de la paciente del Hospital Escuela	19
5.2. Perfil del personal de salud	20
5.3. Miradas cruzadas sobre violencia obstétrica	21
5.4. Ecos de la violencia durante el embarazo	23
5.4.1. Violencia en el control prenatal	24
5.4.2. Violencia en la atención del parto	27
5.4.3. Violencia en la atención posparto	32
5.5. La verdadera dimensión de la violencia	36
5.6. Buenas prácticas para un futuro sin violencias	37
5.7. ¿Cómo reportar o denunciar violencia obstétrica dentro del Hospital Escuela?	38
5.8. Al otro lado del cuidado: experiencias del profesional de salud	38
5.9. “Visibilización de la violencia obstétrica desde los profesionales de salud: reconozco que sucede pero, yo no lo hago”.	40
5.10. ¿Qué sabemos de las leyes en violencia obstétrica?	42
5.11. ¿Cómo podemos evitar la violencia obstétrica?	43
6. Conclusiones	45
7. Recomendaciones	46
8. Anexos	47

1. Introducción

El Centro de Derechos de Mujeres (CDM), el Bufete Justicia para los Pueblos (BJP), el Equipo Jurídico por los Derechos Humanos (EJDH) y la Asociación de Jueces para la Democracia (AJD), con financiamiento del Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) a través de la Iniciativa Romero (ICR) de Alemania, se ejecuta el proyecto “Una Sociedad Civil Fortalecida por la Democracia y los Derechos Humanos en Honduras”. En dicho consorcio, se tienen contemplados procesos de gestión del conocimiento relacionado a las principales problemáticas que enfrentan las organizaciones en defensa de los derechos humanos de las mujeres, personas LGTBQ+, personas indígenas, negras y defensoras/es ambientales y de territorios.

Dentro del marco del proyecto, se identificó la necesidad de profundizar en la investigación sobre violencia obstétrica, dado que muchas mujeres, tanto en hospitales públicos como privados, han experimentado violencias de parte de profesionales de salud que no han sido nombradas ni denunciadas. Existe escasa información sistematizada y documentada sobre esta problemática en el país y, por ende, no se visibiliza ni se reconoce. Con el fin que la investigación posicione la violencia obstétrica como una problemática a abordar dentro de las organizaciones de derechos humanos, pero también para incidir en discusiones, reconocimiento y estrategias para abordarla desde la sociedad y el Estado.

La violencia obstétrica es reconocida internacionalmente como una violación a los derechos humanos, perjudicando la salud, la vida y la dignidad de las mujeres. La persistente impunidad, las deficiencias en las condiciones del sistema de salud y la falta de políticas específicas de prevención de la violencia obstétrica agravan esta problemática.

Siendo una de las formas de violencia basada en el género y ejercida por las y los profesionales de salud que brindan la atención en las personas gestantes, durante el acceso a los servicios que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto y que se expresa mayoritariamente, aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la denegación de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas, y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales, entre otras manifestaciones amenazantes en el contexto de atención en salud durante el embarazo, parto y posparto.

Es importante recordar que la calidad de la atención no solo se mide a través de indicadores clínicos, sino también a partir de la experiencia vivida por las mujeres durante este proceso, lo que incluye la comunicación entre la usuaria y el personal de salud, el respeto a las decisiones sobre su propio cuerpo y la atención a sus necesidades emocionales y físicas.

Dada esta necesidad, esta investigación aborda la problemática de la violencia obstétrica en Honduras, tomando el Hospital Escuela de Tegucigalpa como el centro de la investigación, siendo

éste, el hospital de referencia nacional del país y el lugar donde un gran porcentaje de profesionales de salud durante su pregrado y posgrado de medicina o enfermería atienden a pacientes de todo el país. Esta investigación permitió identificar las formas en que se presenta la violencia, las percepciones y los factores que influyen desde la mirada de 170 mujeres que fueron atendidas en el periodo de abril-mayo del 2025 y de 62 profesionales de salud que brindan una atención en las diferentes áreas del hospital. Se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas y encuestas donde se documentó las experiencias y relatos de las mujeres, así como el conocimiento previo, las posturas y reflexiones de los profesionales sanitarios ante esta violencia.

El análisis revela que, en el Hospital Escuela, el porcentaje de violencia obstétrica fue del 72.35%, es decir que las mujeres puérperas perciben la violencia obstétrica como un problema en la actualidad, aunque la mayoría desconoce cómo denunciar dentro de la institución o fuera de ella. De las 123 mujeres que experimentaron violencia, muchas identificaron fácilmente la violencia verbal, principalmente por parte de médicas y enfermeras durante el proceso de control prenatal, parto y posparto, afectando principalmente a las mujeres más jóvenes, que cursan su primer embarazo y con niveles educativos de secundaria o primaria. Desde la perspectiva de los profesionales de salud, aunque la mayoría están familiarizados con el tema y pueden definirlo correctamente, pocos tienen una percepción clara de su propia participación. Tanto las usuarias como los profesionales consideran que la violencia obstétrica sigue siendo un problema vigente, pero perciben que las políticas públicas no abordan adecuadamente la problemática ni existen sanciones efectivas para quienes cometen estos abusos.

2. Una problemática silenciada en la atención materna

La violencia obstétrica es un fenómeno que afecta la integridad física, psicológica y emocional de las mujeres, pero también impacta negativamente en la calidad de la atención sanitaria y en los resultados perinatales. La violencia obstétrica y la atención en salud reproductiva son temas que reflejan desigualdad significativa en la prestación de servicios de salud. En el 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que las mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante la atención prenatal en centros de atención en salud y que no solo violan sus derechos de recibir una atención respetuosa, sino también amenaza el derecho a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación; afectando directamente la confianza que las mujeres y sus familias depositan en los profesionales de salud e influyendo en la búsqueda de atención gineco-obstétrica por las mujeres durante su embarazo.

En el informe de la OMS en el 2019, basado en la encuesta realizado en 4 países de continente africano, aproximadamente el 42% de las mujeres en países de ingresos bajos y medianos reportaron haber experimentado algún tipo de maltrato durante el parto¹. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), reportó en el mismo año que en cinco países estudiados de América Latina se identificó que el 39% de las mujeres experimentaron falta de respeto y/o maltrato durante el parto o el aborto, siendo problemas de derechos humanos y de salud prevalentes en la región.

En Honduras, en el 2015 en las *Normas de atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato*², menciona y clasifica por primera vez la violencia obstétrica en la normativa médico legal del país, promoviendo evitar prácticas físicas y psicológicas dañinas para la madre y el recién nacido. Aunque las mujeres constituyen un 52% de nuestra población, son las que enfrentan numerosos desafíos en el acceso a servicios de salud de calidad.

El Observatorio de Derechos Humanos de las Mujeres del Centro de Derechos de Mujeres (CDM) muestra que en el 2024 el Sistema Nacional de Emergencia (SNE-911) registró 37,879 denuncias de violencia doméstica y 50,757 de maltrato familiar. También, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA), desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), reveló que la tasa de embarazos adolescentes alcanzó 97 por cada 1,000 niñas de 15-19 años, lo que es un indicador de la falta de educación sexual integral y servicios de salud reproductiva accesibles para este grupo etario.³

1 Guure , Aviisah PA, Adu-Bonsaffoh K, Mehrtash H, Aderoba AK, Irinyenikan TA, et al. Mistreatment of women during childbirth and postpartum depression: secondary analysis of WHO community survey across four countries: BMJ Global Health 2023;8:e011705. [citado 2025 feb 20];. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-011705>

2 Secretaría de Salud de Honduras. NHSS06:2015. Atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato. [Internet]. 2015 [citado 2025 feb 20];. Disponible en :<http://www.bvs.hn/Honduras/PROTOCOLOS.ATENCIÓN.PRECONCEPCIÓN.C3%93N.EMBARAZO.PARTO.PUERPERIO.NEONATO/ATENCIÓN.DURANTE.LA.PRECONCEPCIÓN.EMBARAZO.PARTO.PUERPERIO.DEL.NEONATO.pdf>

3 Instituto Nacional de Estadística y Secretaría de Salud, Encuesta Nacional de Demografía y Salud / Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2019 (2021). [citado 2025 feb 20];. Disponible en: <https://temp.ine.gob.hn/wp-content/uploads/2025/02/Informe-ENDESA-MICS-2019-1.pdf>

Aunque hay escasa información publicada sobre el tema, ya sea por la complejidad de abordaje en el ámbito de salud, por los múltiples factores que lo envuelven, la falta de denuncias y/o la escasa evaluación de la atención en los servicios de salud; se encontraron tres documentos donde abordan algún aspecto de violencia obstétrica, desglosados de la siguiente manera:

- 01.** En 2021 se realizó un estudio en el Hospital San Felipe, revelando una frecuencia de 12.2% sobre **violencia obstétrica física**, específicamente hablando de la maniobra de Kristeller, donde se aplica presión en la parte superior del útero durante el periodo expulsivo del parto, potenciando riesgos maternos neonatales.
- 02.** En ese mismo año se realizó una investigación en el Hospital del Sur en Choluteca, sobre violencia obstétrica en la atención del parto, donde se entrevistó a 351 mujeres puérperas, de las cuales **el 67% sufrió violencia obstétrica física o verbal**.
- 03.** En 2023, el CDM presentó un boletín sobre violencia ginecobstétrica contra niñas, jóvenes y mujeres en Honduras, donde muestran los datos recolectados de una encuesta electrónica y difundida a varios grupos de mujeres organizadas a nivel nacional donde muestra que **73 de las 128 encuestadas afirmaron haber sufrido algún tipo de violencia obstétrica, el 57%**.

Dichos estudios muestran una realidad preocupante para las mujeres hondureñas, quienes enfrentan barreras significativas para ejercer su derecho a una atención de salud digna y de calidad. La mejora de estos servicios es esencial para garantizar la salud y el bienestar de las mujeres en el país, en el marco de la implementación de políticas nacionales orientadas en la prevención de la violencia obstétrica que promuevan y divulguen protocolos de notificación o denuncia dentro o fuera de las instituciones de salud, supervisen y evalúen la calidad de la atención brindada, fomenten el empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos en las mujeres y capaciten al personal de salud en prevención de la violencia obstétrica, para garantizar que todas las mujeres reciban un trato digno y respetuoso durante el parto y en todos los aspectos de la atención reproductiva.

Desde la perspectiva de las mujeres en edad reproductiva es imperativo comprender sus experiencias y testimonios respecto a la atención recibida durante el embarazo, el parto y el posparto. Las narrativas de estas pacientes permitirán visibilizar las diversas formas de violencia obstétrica que se manifiestan en un contexto cultural específico, así como los impactos en la salud mental y física. A la vez, este enfoque centrado en la paciente permitirá identificar aspectos de empoderamiento y de derechos sexuales y reproductivos que deben ser garantizados.

Desde la perspectiva de los profesionales de salud, es esencial explorar la percepción y el conocimiento que tienen sobre la violencia obstétrica, así como los factores estructurales, organizativos y formativos que inciden en sus prácticas clínicas. La capacitación inadecuada, las

percepciones machistas, y las condiciones laborales, como la sobrecarga y la falta de recursos, pueden contribuir a la normalización de conductas que perpetúan la violencia obstétrica.

Esta propuesta llenará un vacío de conocimientos en relación a la compleja y poco estudiada problemática de violencia obstétrica en el país y específicamente en el Hospital Escuela, centro de referencia nacional para la atención obstétrica y ginecológica, ya que es una necesidad urgente el abordar un fenómeno que compromete la salud y el bienestar de las mujeres.

3. ¿Qué es la violencia obstétrica?

La violencia obstétrica (VO) es “Aquella violencia que se ejerce dentro de las instituciones de salud, realizado por parte del personal que presta dichos servicios, contra las mujeres embarazadas, ya sea durante la atención prenatal, parto o durante el puerperio⁴, expresado comúnmente como un trato deshumanizado, medicalizado y patologizado del proceso fisiológico del parto⁵ siendo su antónimo, la práctica y la aplicación de los lineamientos del parto humanizado”.⁶

Es necesario aclarar que la palabra “obstétrica” en este tipo de violencia hace referencia al período de gestación y los cuidados que los diversos profesionales de salud desempeñan (personal médico, de enfermería, psicólogos/as, técnicos/as y estudiantes del área de la salud), no exclusivamente por profesionales con la especialidad en ginecología y obstetricia. En esta atención las mujeres pueden experimentar un conjunto de prácticas, conductas o acciones que violentan sus derechos sexuales y reproductivos.⁷

La OMS establece lineamientos internacionales de atención humanizada⁴ y promueve el empoderamiento de las mujeres y sus familias para que puedan vivir una experiencia de parto positiva y sin violencia. Aunque la categorización y reconocimiento de la violencia obstétrica como uno de los tipos de violencia contra las mujeres fue recientemente conceptualizado, siendo Venezuela en el año 2007 el primer país de Latinoamérica en establecerlo en un marco normativo en la *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*.⁸ Con el tiempo, otros países de la región, visibilizaron y colocaron la VO en el foco normativo y en las agendas de trabajo de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, vinculándolo con la morbilidad y la mortalidad materna⁶; siendo esta última, la expresión más grave de VO. Se ha observado que las mujeres que han recibido un trato deshumanizado en una atención o embarazo previo, retrasan la llegada oportuna a los servicios de salud, predisponiendo a complicaciones que pueden ser fatales.

Aunque en Honduras no se cuenta con un marco médico-legal sobre el tema, si se ha documentado la necesidad de fortalecer las habilidades y conocimientos de los y las profesionales de salud, ya que se siguen practicando procedimientos nocivos para el recién nacido y la madre, y sin su consentimiento, como la maniobra de Kristeller.^{9 10} En el país, se han presentado diversos proyectos

4 Figueroa-Palomino OE, Hurtado-Lagarda R, Valenzuela-Coronado DG, Bernal-Cruz JD, Duarte-Gutierrez CD, Cázares-González FA. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. *SANUS* [Internet]. 2019 [citado 2025 feb 20]; (3):14–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.36789/sanus.vi3.71>

5 Faneite J, Feo A, Toro-Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2012 Mar [citado 2025 feb 20]; 72(1): 4-12. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002&lng=es.

6 Villanueva-Egan LAA, Gutierrez MV, Santiago RL. ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? Miguel Ángel Revista CONAMED. 2016; [citado 2025 feb 20]; 21:7–25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7301335>

7 Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos - Obstetric violence: another form of Human Rights violation - Revista Red-bioética/UNESCO - Vol. 4, 7 - ISBN: 2077-9445 - p.25-34; [citado 2025 feb 20]; 21:7–25. Disponible en: <https://ciane.net/id=2696>

8 Camacaro M, Ramírez M, Lanza L, Herrera M. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utop Prax Latinoam* [Internet]. 2015; [citado 2025 feb 20]; 20(68):113–20. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27937090009>

9 Chávez Courtois ML, Sánchez Maya NA. Violencia obstétrica y morbilidad materna: Sucesos de violencia de género. *Rev Col San Luis* [Internet]. 2018; [citado 2025 feb 20]; 8(16):103–19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21696/rcsl9162018769>

10 Ochoa-Fletes CA, Banegas Ávila CA, Turcios Hernández Y, Rodríguez Moncada ME, Linares-Mendoza RE. Caracterización de mujeres en trabajo de parto a las que se les aplicó maniobra Kristeller. *Rev. cienc. forenses Honduras*. 2021; [citado 2025 feb 20]; 7(1): 15-22. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/rcfh.v7i1.11640>

de ley relacionados con la violencia obstétrica, pero ninguno ha llegado a concretarse, ya que se argumentó que dichos proyectos no estaban enfocados en la prevención, sino a únicamente a sancionar de manera punitiva a los profesionales de la salud.

En 2019, se incorporó un fragmento en el propuesta de *Ley Especial Integral contra las Violencias hacia las mujeres* (LEI-VCM), donde la violencia gineco-obstétrica se definió como “acciones que incluyen limitar el acceso a anticonceptivos; realizar procedimientos médicos sin el consentimiento de la mujer; negar tratamiento para tratar la infertilidad o prevenir la transmisión del VIH; prácticas de esterilización forzada; negar servicios para interrumpir un embarazo cuando la salud o vida de la mujer están en riesgo, o en casos de violación; trato deshumanizado; abuso de medicación y patologización de procesos naturales”. Sin embargo, dicho proyecto de ley que se presentó al Poder Ejecutivo el 8 de marzo de 2022 no ha avanzado¹¹.

En 2022, se difundieron noticias sobre la invitación por parte del Congreso Nacional de Honduras a través de la Comisión Ordinaria de Salud, al Instituto Hondureño del Seguro Social (IHSS), el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela, la Sociedad Hondureña de Ginecología y Obstetricia, el Colegio Médico de Honduras, entre otros, para participar en la primera jornada de revisión del anteproyecto de la *Ley contra todas las Formas de Violencia Obstétrica*. Este anteproyecto hasta la fecha sigue en revisión técnica, pero se inició la elaboración de un dictamen integral (clínico-jurídico) que facilite su aprobación en el Congreso Nacional. Además, en 2023 se realizó una revisión y actualización al *Protocolo para la atención integral en salud materna*,¹² donde se mencionó la importancia de brindar a todas las personas un trato respetuoso y humanizado, aunque sin abordar integralmente la violencia obstétrica.

Tipología de la violencia obstétrica

La violencia obstétrica se puede manifestar de diversas formas: desde la comunicación y el trato deshumanizado hasta procedimientos médicos realizados sin consentimiento. De forma práctica, se dividió la VO en cinco tipos:

Violencia simbólica:

Es una serie de actitudes y prácticas nocivas que deshumanizan a las mujeres, incluyendo menosprecio, prácticas autoritarias, toma de decisiones de parte de los profesionales de salud negando la capacidad de las mujeres gestantes, y la obstaculización del acceso a la información sobre diagnósticos y todo relacionado con la salud de las mujeres a través de un lenguaje técnico, despectivo y humillante.¹³ Según Pierre Bourdieu, la violencia simbólica se transmite a través de símbolos, como gestos, posturas corporales e imágenes en el espacio que ejercen violencia y naturalizan actitudes.¹⁴

¹¹ Presentan iniciativa de Ley Especial Integral Contra la Violencia a Mujeres. Canal 8. 9 de febrero de 2023 [Internet]. 2023 ;[citado 2025 feb 20]; Disponible en: <https://tnh.gob.hn/gobierno/presentan-iniciativa-de-ley-especial-integral-contra-la-violencia-a-mujeres/>

¹² Secretaria de salud de Honduras. Protocolo para la Atención Integral en Salud Materna [Internet]. Tegucigalpa; 2024; [citado 2025 feb 20] Disponible en: <https://honduras.bvsalud.org/wp-content/uploads/2025/01/Protocolo-para-la-Atencion-Integral-en-Salud-Materna.pdf>

¹³ Pereira C, Domínguez A, Toro J. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2015 [Citado el 20 de febrero de 2025]; 75(2):081-90. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002&lng=es.

¹⁴ Casal-Moros Norma, Alemany-Anchel Mª José. Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. Index Enferm [Internet]. 2014 Jun [citado 2025 Jun 25]; 23(1-2): 61-64. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100013&lng=es.

Violencia institucional:

Es una forma específica de abuso secundario a condiciones estructuralmente inadecuadas en las instituciones y en el sistema público presentándose como protocolos, guías o políticas que de una u otra forma contribuyen al maltrato de las mujeres¹⁵; por ejemplo realizar esterilizaciones solo a las cesáreas, retrasos en la cesáreas programadas por falta o remodelación de quirófanos, protocolos de ingreso estrictos para la donación de sangre previo al ingreso, negar bebidas o alimento, batas/ropa hospitalarias en mal estado, no permitir el acompañamiento del familiar durante el parto, no brindar información a los familiares sobre el estado de salud materno-neonatal, interrogatorios o exámenes sin privacidad y/o no permitir movilización durante el parto o posparto sin indicación médica, etc.

Violencia física:

Agresiones físicas como cualquier tipo de pellizco, palmada, forzamiento físico y/o jaloneo, intervenciones o maniobras bruscas o innecesarias durante la atención¹⁶, parto atendido por personal no calificado, tactos vaginales innecesarios o durante la contracción, dilatación digital del cérvix, maniobra de Kristeller, revisión uterina o episiotomía/episiorrafia sin analgesia/anestesia, cesáreas sin indicación, episiotomía de rutina, obviar medidas de bioseguridad, suministro de medicación innecesaria, manipulación vaginal durante la expulsión, extracción manual de la placenta sin anestesia/analgésico, restricción de las necesidades básicas de la mujer, divulgación de imágenes o información sin consentimiento, obligar o negar el derecho a recibir un método de planificación familiar.

Violencia verbal:

Es la utilización de un lenguaje agresivo¹⁷ por medio de gritos, insultos humillantes y/o degradantes, entre otros.

Violencia psicológica:

Es la violencia en forma de comentarios irónicos, malintencionados y/o culpantes; la utilización de sobrenombres, burlas o amenazas del pronóstico de la madre o recién nacido, ignorando y eliminando miedos, dudas, sensaciones u opiniones personales.⁹

En la práctica clínica se pueden presentar estos tipos de violencia de forma aislada o como sucede muy frecuentemente de forma simultánea, siendo complejo identificarla adecuadamente y prevenirla en todos los niveles de atención obstétrica.

Factores asociados a la violencia obstétrica

El fenómeno de la VO debe ser abordado de forma multifactorial,¹⁸ destacando entre los factores

¹⁵ Vallana-Sala VV. “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Rev Cienc Salud* [Internet]. 2019; 17(Especial):128–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125>

¹⁶ Bellón-Sánchez S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata* [internet]. 31 de mayo de 2015; [Citado el 20 de febrero de 2025]; (18)93–111. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>

¹⁷ Joja-Tobar E, Cachumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Paja-Campo AM, Suarez-Bravo JP. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Univ Ind Santander Salud* [internet]. 2019; [Citado el 20 de febrero de 2025]; 51(2): 135–146. Disponible en: <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>

¹⁸ Martínez-Galiano JM, Martínez-Vásquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. La magnitud del problema de la violencia obstétrica y sus factores asociados: un estudio transversal. *Mujer y parto* [internet] 2021; [Citado el 20 de febrero de 2025]; 34(5):e526–e536. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.wom->

asociados los siguientes: estructuras de poder dentro de los sistemas de salud, presentando actitudes autoritarias sobre las necesidades de la madre; infraestructura inadecuada que no promueve privacidad, acompañamiento o variedad de posiciones al parir; la instrumentalización, patologización y medicalización de la atención del parto; la incapacidad institucional y de profesionales de salud ante la sobresaturación de pacientes en la atención.¹⁹

Estos factores son influidos proporcionalmente por estresores externos como las largas jornadas de trabajo que generan, a un trato negligente o carente de empatía,¹² los procesos institucionales llenos de burocracia, el exceso de papeleo y documentación; y la falta de una formación y actualización adecuada a los y las profesionales de salud que están en contacto directo en temas de derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte, las dinámicas de poder, también se revelan en la desigualdad estructural y cultural, de manera que ciertos grupos de mujeres están aún más expuestos a manifestaciones de violencia obstétrica. Estos grupos que enfrentan vulneraciones, como las juventudes, adolescencias y mujeres empobrecidas o marginadas, enfrentan un riesgo mayor no solo de recibir un trato verbal inapropiado, sino también de que se omita información importante y de que las decisiones sean delegadas a otras personas o exclusivamente al criterio médico. En estos casos, las voces de las personas afectadas suelen ser silenciadas o deslegitimadas. Es importante reconocer que las relaciones de género, clase y poder están interconectadas, y que estas desigualdades estructurales influyen en la calidad y el tipo de atención y en el trato que reciben. Todo esto responde a una lógica patriarcal por parte de los y las profesionales de salud que menosprecia los conocimientos y experiencias de las mujeres y las juventudes, considerándolas incapaces de participar activamente en las decisiones que afectan sus propios cuerpos y vidas.

Consecuencias de la violencia obstétrica

La VO produce consecuencias en las mujeres de forma muy diversa e individualizada, identificándose con mayor facilidad las consecuencias físicas visibles, como la dificultad que puede presentar la madre durante la lactancia, la presencia de desgarros vaginales, y dolores secundarios a la instrumentalización o realización de episiotomía sin indicación, que hasta puede desarrollar incontinencia urinaria o fecal. Las consecuencias psicológicas,²⁰ muchas veces no detectadas o manejadas integralmente, como la sintomatología de depresión post parto (DPP),²¹ síndrome de estrés postraumático (SEPT) y la ansiedad, afectando la relación madre y recién nacido.

La literatura muestra de forma reiterada que las experiencias de las mujeres durante el embarazo y el parto están marcadas por el carácter relacional con el personal de salud²². La falta de

bi.2020.1002

¹⁹ Arguedas-Ramírez G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuad Inter c a mbio Sobre Centroam Caribe [Internet]. 2014;11(1):145. [citado 2025 feb 20]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/c.a.v11i1.14238>

²⁰ Laínez-Valiente NG, Martínez-Guerra GA, Portillo-Najarro DA, Alvarenga-Menéndez AF, Vélez-Flores AM. Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. Alerta. 2023;6(1):70-77. DOI: 10.5377/alerta.v6i1.15231

²¹ Kohan, S., Mena-Tudela, D. & Youseflu, S. The impact of obstetric violence on postpartum quality of life through psychological pathways. Sci Rep 15, 4799 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-88708-8>

²² Blanco-Nistal MM, Tortajada Soler M, Rodríguez-Puente Z, Puente-Martínez MT, Méndez-Martínez C, Fernández-Fernández JA. Percepción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería en el contexto de la crisis del COVID-19. Enferm Glob [Internet]. 2021;[Citado el 20 de febrero de 2025]; 20(4):26-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.479441>

acompañamiento, la desinformación y la ausencia de consentimiento figuran entre los aspectos más comunes.²³ La imposición de protocolos médicos rutinarios, limita la participación de la mujer en decisiones que pueden afectar su experiencia reproductiva. Estas experiencias traumáticas generan un impacto de por vida en las mujeres, representando una herida no cicatrizada en su bienestar emocional. Estas heridas invisibles pueden afectar su autoestima, y su confianza en el sistema de salud y en los profesionales.

La percepción de los profesionales de la salud sobre la violencia obstétrica (VO) revela una conciencia creciente acerca de su existencia y el impacto negativo que tiene en la experiencia de las mujeres durante el parto.²⁴ Muchos reconocen la importancia de la formación y actualización en prácticas humanizadas, entendiendo que un enfoque respetuoso puede mejorar significativamente la atención y reducir el maltrato. Sin embargo, existe una percepción entre algunos profesionales que minimiza la gravedad del problema, considerándolo simplemente como parte de la "rutina médica" o las prácticas habituales en ciertos entornos hospitalarios. Esta visión contribuye a la normalización de conductas que se han observado en diferentes niveles académicos, adoptándolos en su propia práctica y ejercicio profesional.

La normalización de estas prácticas y la jerarquía en el ámbito de la salud dificultan la transformación cultural necesaria para erradicar la VO. Muchos profesionales operan bajo una estructura jerárquica que perpetúa relaciones de poder desiguales y dificulta la denuncia o cuestionamiento de comportamientos inapropiados. Esta dinámica fomenta la persistencia de actitudes autoritarias y la aceptación del maltrato como parte normalizada del proceso de atención, lo cual refuerza la coerción en denunciar y señalar dichas conductas. La resistencia al cambio y la falta de sensibilización contribuyen a mantener un entorno en el que la violencia obstétrica pasa desapercibida o se justifica fácilmente.

²³ Cárdenas Castro M, Salinero Rates S. Obstetric violence in Chile: women 's perceptions and differences among health centers. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2022; [Citado el 20 de febrero de 2025]; 46:e24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>

²⁴ Ramallo-Castillo RM, Lozano-Vidal M, Durán-Castellanos I, Corrales-Gutiérrez I. Violencia obstétrica, una visión actual. Definición, percepción por parte de profesionales y propuestas de mejora. *Revisión narrativa. Ginecol Obstet Mex* 2024; 92 (2): 85-96. <https://doi.org/10.24245/gom.v92i2.9395>

4. Metodología

El estudio se realizó en el bloque materno infantil del Hospital Escuela, ubicado geográficamente en el boulevard Suyapa, avenida 1° de enero en Tegucigalpa, Francisco Morazán. Este hospital público con más de 45 años desde su fundación, concentra los casos más complejos y especializados del país. Cuenta con un equipo de especialistas y sub-especialistas en distintas áreas médicas y ofrece espacios para que estudiantes, residentes y profesionales en formación realicen sus prácticas de pregrado y posgrado, contribuyendo a la formación de futuros profesionales de la salud. Asimismo, es el centro que recibe la mayor cantidad de pacientes obstétricos a nivel nacional, lo que lo convierte en un lugar estratégico para el análisis y estudio de la atención en salud materno-infantil, así como es un ejemplo representativo del sistema de salud público en Honduras. Es el único hospital público en Tegucigalpa con servicio de emergencia en todas las especialidades para niños y adultos con cobertura las 24 horas del día, los 365 días del año.

El proceso de diseño de la investigación se llevó a cabo de manera estructurada y colaborativa a lo largo de 9 meses. En octubre de 2024, se elaboró la propuesta de investigación, estableciendo los objetivos y el marco conceptual. Durante noviembre, se diseñaron los instrumentos de recolección de datos y el consentimiento informado, asegurando la validez y ética del proceso. En diciembre y enero de 2025, se realizaron reuniones con el Departamento de Epidemiología del Hospital Escuela, en colaboración con el doctor Concepción Zúniga, quien revisó la propuesta y brindó valiosas recomendaciones para fortalecer el diseño. Paralelamente, se solicitó la revisión de la doctora Carolina Bustillo, Jefa del Departamento de Ginecología y Obstetricia, quien mostró un gran interés en la temática y aprobó colaborar al Departamento como contraparte Institucional. Posteriormente, en febrero, se presentó la propuesta al Comité de Ética en Investigación Biomédica de la FCM/UNAH, que realizó una revisión exhaustiva y solicitó ajustes metodológicos y éticos para su aprobación. Finalmente, en abril y mayo, se realizaron las encuestas de campo, culminando en junio con la elaboración del informe final, consolidando así todo el proceso metodológico.

El diseño de investigación es cualitativo con un enfoque descriptivo, a través de encuestas mixtas (con preguntas abiertas y cerradas) y analíticas. La muestra fue intencionada para mujeres puérperas inmediatas (24 horas después del parto con recién nacido vivo o muerto) de 18-40 años de edad, que han recibido atención de parto y/o posparto en el Hospital Escuela durante el periodo de estudio. La selección se realizó mediante un muestreo por conveniencia del 10% del total de partos vaginales y cesáreas registrados en los meses de abril y mayo del año pasado (2024) en la Sala de Labor y Parto, con información obtenida del Área de Estadísticas del Hospital Escuela. Por semana, se efectuaron 20 a 25 encuestas individuales a mujeres puérperas inmediatas. ([Anexo VIII.N1](#))

Cuadro N. 1. Partos atendidos y selección de la muestra de puérperas

Partos Atendidos	Mes 2024		Total	Muestra 10%		Total de Muestreo
	Abril	Mayo		Abril	Mayo	

Parto Vaginal	573	603	1176	57	60	117
Cesárea	253	273	526	25	27	53
Total	826	876	1702	83	87	170

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Se incluyó a médicos, enfermeras, personal auxiliar y estudiantes de medicina del Hospital Escuela. La muestra fue seleccionada de manera intencionada para incluir a profesionales con diferentes niveles de experiencia y roles dentro del hospital. La selección se realizó mediante un muestreo por conveniencia del 20% del total de profesionales de salud registrados en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela, y se buscó diversidad en las áreas de trabajo. Se estimó una muestra total de 62 profesionales de salud. Se realizaron entrevistas de aproximadamente 6 profesionales de salud por semana en el periodo de dos meses. Se gestionaron las entrevistas con el Departamento de Ginecología y Obstetricia (GO), con la autorización de la Jefatura.

Cuadro N. 2. Distribución del personal en las áreas de Ginecología y Obstetricia y selección de la muestra de profesionales de salud

Sala/área de trabajo	Profesional de Salud						Total
	ME	MG	MR	MI	LE	AE	
Consulta externa GO	7	3	3	3	1	4	21
Emergencia GO	5	4	3	12	14	14	52
Ginecología	3	-	3	7	2	13	28
Patológico	1	1	3	7	2	21	35
Séptico	1	-	3	6	1	2	13
Labor y Parto	10	-	15	26	21	32	104
Puerperio inmediato							
Cuidados Inmediatos (Quirúrgico)	3	-		1	5	4	13
Puerperio	2	-	3	5	2	20	32
USG	2	-	-	-	1	-	3
Fuera del HE	-	-	6	-	3	-	9
Total	34	8	39	67	52	110	310
Muestra 20%	7	2	8	13	10	22	62

ME: Médico Especialista GO **MG:** Médico General **MR:** Médico Residente GO **MI:** Médico Interno (7mo año)
LE: Licenciada en Enfermería **AE:** Auxiliar de enfermería

Fuente: Elaboración propia, 2025.

4.1. Recolección de Datos

Encuestas y entrevistas semiestructuradas:

El objetivo de las encuestas mixtas y analíticas, y las entrevistas semiestructuradas fue conocer las percepciones y experiencias individuales de las mujeres y las/los profesionales de la salud. Ambas herramientas de investigación habilitan obtener conocimientos subjetivos, pero sistematizados y estandarizados para identificar patrones, permitiendo explorar en profundidad las experiencias personales y las percepciones subjetivas, alineándose con los objetivos específicos A, B y C. ([Anexo VIII.N2](#)) Se desarrollaron guías de encuesta/entrevista específica para cada grupo, basadas en los objetivos e hipótesis del estudio. Se llevaron a cabo en un entorno privado y seguro, y se grabaron (con consentimiento) para su posterior transcripción y análisis.

Instrumento:

Encuesta individual con una duración promedio de 12-40 minutos (se incluyeron preguntas abiertas, cerradas y mixtas). El instrumento #1 para las mujeres puérperas constó de 19 preguntas mixtas, incluyendo una escala de violencia obstétrica de 13 incisos (sin el inciso donde se pregunta por el acompañamiento por alguien de su confianza, ya que el Hospital Escuela por su estructura no admite familiares o acompañantes en ningún momento de la atención, solo en la sala de puerperio en un horario de 2:00pm - 4:00pm; tampoco se incluyó las preguntas de procedimientos médicos, como Kristeller, episiotomías y cesáreas sin justificación, rasurado de genitales o inducciones, ya que se priorizó los otros 12 incisos de la escala). Por su lado, el instrumento #2 para profesionales de salud constó de 17 preguntas mixtas.

Validación del Instrumento:

Se utilizó la escala de Violencia Obstétrica en el instrumento #1, validado por medio del estudio realizado en Chile en 2021²⁵ y se realizó una validación de los instrumentos #1 y #2 para evaluar la comprensión de las preguntas y la duración de la entrevista en el Hospital San Felipe.

Criterios de inclusión:

Correspondió a toda mujer puérpera inmediata (24 horas después del parto) con un hijo vivo o muerto, con una edad igual o mayor a 18 años y menor o igual de 40 años de edad, que voluntariamente decidieron participar en la investigación y que haya recibido atención de parto y/o posparto en el Hospital Escuela durante el periodo de estudio abril-mayo 2025; y profesionales de salud (ME, MG, MR, LE y AE) que sean parte del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela, como

25 Cardenas-Castro M, Salinero-Rates S. Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines* [internet], 2021; [Citado el 21 de febrero de 2025]; 38(2), 209–223. Disponible en: <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.14>

empleados, médicos del internado rotatorio de GO, y estudiantes de medicina cursando la clase de ginecología y obstetricia en el periodo de estudio.

Análisis de datos:

Se buscaron patrones y temas emergentes que respondieron a los objetivos e hipótesis planteados. Se realizó un análisis iterativo, revisando y refinando las categorías a medida que se avanzó en el análisis.

4.2. Consideraciones Éticas

Se garantizó la participación voluntaria, confidencial y el anonimato durante las encuestas/entrevistas. Se obtuvo consentimiento informado de todos/as los/as participantes, asegurando su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. Se estableció protocolos para el manejo seguro de los datos y se aseguró que los resultados se presenten de manera respetuosa de su anonimato.

La metodología propuesta está alineada con los objetivos específicos y las hipótesis, asegurando una comprensión integral del fenómeno de la violencia obstétrica en el contexto del Hospital Escuela. Además, que la investigación cuenta con la aprobación (034-2025) del Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB) de la FCM/UNAH. La investigadora principal tomó cursos sobre buenas prácticas éticas en la investigación a través de la plataforma *The Global Health Network*.

Antes de proceder a la recolección de la información, se solicitó a cada participante la aprobación mediante el consentimiento informado, firmando posterior a la explicación del propósito del estudio y procedimientos, dejando una copia del consentimiento a la participante al finalizar. A cada participante se le garantizó privacidad y confidencialidad de los datos brindados en el instrumento, tampoco hubo riesgos o daños a los pacientes durante esta investigación, ya que todos los procedimientos se hicieron considerando el bienestar físico, psicológico y social de los/as participantes.

En caso de que alguna participante encuestada presentara una situación de estrés postraumático se le brindó los primeros auxilios psicológicos por parte de la investigadora, además de contar con el acompañamiento inmediato y el manejo posterior de atención psicológica especializada por la Msc. en psicología Ada Betancourt del Departamento de Psicología con cobertura asignada a la Sala de Puerperio y de Consulta Externa del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela.

En caso de encontrar alguna complicación ginecológica u obstétrica que requiriera de atención médica especializada, se realizó la notificación al personal médico y de enfermería de la sala de puerperio del Hospital Escuela.

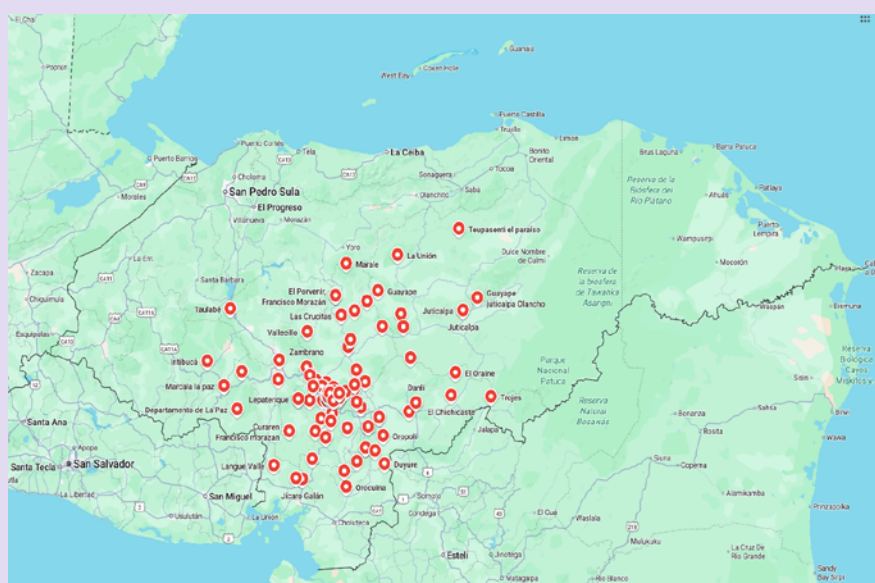
05. Resultados y análisis

A continuación, se presenta la versión resumen de los hallazgos del estudio: “Sistematización de las experiencias sobre la violencia obstétrica en el Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras en el período de abril-mayo de 2025”.

5.1. Perfil de la paciente del Hospital Escuela

Las 170 mujeres que asistieron al Hospital Escuela presentan características que reflejan un escenario en el que predominan las edades tempranas para la maternidad, con un 56% representado por mujeres entre 18 y 27 años. La distribución en los tipos de parto es equilibrada entre parto vaginal y cesárea, aunque se observa una tasa significativa de cesáreas, especialmente en los grupos más jóvenes en edad. La residencia mayoritariamente está en Tegucigalpa y sus alrededores, junto con presencia en zonas rurales como Intibucá, Juticalpa, Trojes y Orocuina, revela una diversidad geográfica.

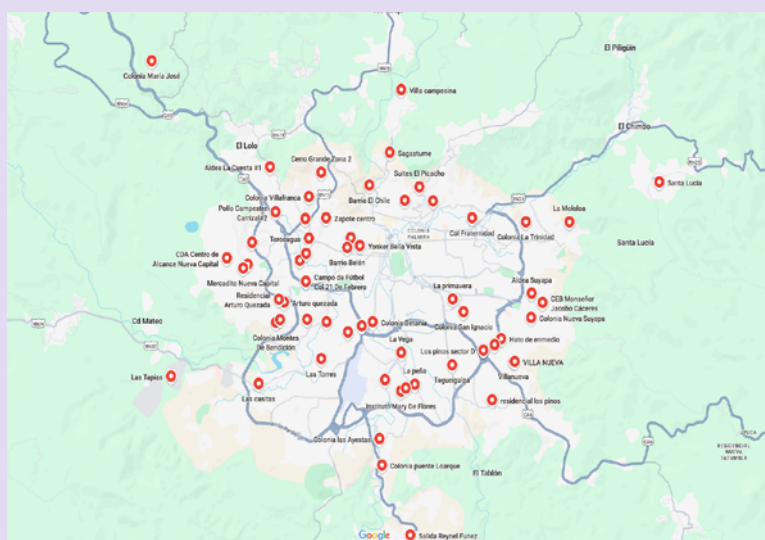
Imagen N. 1. Mapa de Honduras con la distribución geográfica de las mujeres entrevistadas, 2025



En cuanto al nivel educativo, la población presenta desde analfabetismo hasta formación superior, siendo la mayoría con niveles básicos de educación escolar o secundaria. La ocupación predominantemente de trabajadoras del hogar (remuneradas y no-remuneradas), junto con la participación de estudiantes y trabajadoras independientes, refleja una diversidad socioeconómica, mientras que, en el estado civil, la mayoría se encuentra en unión libre, seguida por mujeres casadas. La historia gestacional muestra que muchas están en su primer embarazo, aunque también hay quienes tienen varios, llegando hasta siete embarazos previos, y el estado neonatal indica que se entrevistaron solo un 3.5% de madres con recién nacidos fallecidos por diferentes causas al momento de realizar la investigación, siendo la mayoría de entrevistadas, mujeres con recién nacidos vivos.

La presencia de embarazos múltiples, especialmente en mujeres jóvenes, evidencia vulnerabilidades sociales y de salud que requieren atención desde los derechos humanos, promoviendo el acceso a educación sexual integral, atención sanitaria de calidad y empoderamiento.

Imagen N. 2. Mapa de Tegucigalpa con la distribución geográfica de las mujeres entrevistadas, 2025



5.2. Perfil del personal de salud

El personal de salud entrevistado en este estudio está compuesto por un total de 62 profesionales que trabajan en diferentes áreas de atención gineco-obstétrica del Hospital Escuela. La mayoría son mujeres, con un total de 45 (73%), frente a 17 (62%) hombres. En cuanto a la edad, predominan los profesionales jóvenes, con 23 (37%) en el rango de 20 a 29 años y 19 (31%) en el rango de 30 a 39 años, lo que indica una fuerza laboral en su mayoría en las etapas iniciales o medias de su carrera. Solo unos pocos superan los 50 años, reflejando una presencia menor de profesionales de mayor experiencia en términos de edad.

Las áreas de trabajo en las que laboran estos profesionales abarcan distintas salas y áreas donde las pacientes encuestadas refirieron violencia o atienden un alto flujo de pacientes, destacando especialmente la Sala de Puerperio, seguida por Labor y Parto y la Sala de Ginecología; también hay presencia en la Emergencias de Gineco-obstetricia, la Sala de Patológico, el área de Consulta Externa, Ultrasonido (USG) y la Sala de Séptico. Esto sugiere una distribución del personal acorde a las demandas específicas de cada área, con una mayor concentración en áreas de mayor actividad.

En cuanto al tiempo que los profesionales de salud entrevistados llevan trabajando o cursando su práctica como estudiantes de pre y posgrado en el Hospital Escuela, la mayoría se encuentra entre un año y una década (40%), mientras que un grupo menor tiene menos de un año (34%), y algunos cuentan con una trayectoria superior a 10 años (26%). Esto indica una mezcla de profesionales en diferentes etapas de su carrera, con una presencia significativa de personal en sus primeros años de ejercicio de la medicina específicamente en la institución.

Las respuestas afirmativas de 24 profesionales de salud sobre previa capacitación en la prevención de violencia obstétrica (38.7%), se diversifica en cursos y talleres especializados relacionados con temas como el parto humanizado, violencia obstétrica y trato humanizado en la atención de la salud. Estas capacitaciones varían en duración y periodicidad, abarcando desde sesiones breves de un día en congresos o durante clases, hasta formaciones prolongadas de varios meses, incluyendo cursos virtuales de tres meses o programas de varias semanas. Además, participan diferentes niveles de formación, desde estudiantes y residentes en programas académicos hasta profesionales que han recibido capacitación a través de instituciones nacionales e internacionales como la OPS, con un enfoque en mejorar la calidad del trato y la atención en salud materna y neonatal.

5.3. Miradas cruzadas sobre violencia obstétrica

Las respuestas de las mujeres y de los profesionales de salud respecto a la violencia obstétrica revelan profundas desigualdades en conocimientos, percepciones y prácticas. Por un lado, la mayoría de las mujeres encuestadas, aunque conscientes de la existencia de violencia obstétrica en la actualidad, presentan un conocimiento limitado ya que solo un 26.5% había oído/leído sobre su concepto. La percepción de las mujeres sobre la violencia obstétrica se centra en actos explícitos de maltrato físico y/o verbal, donde muchas identifican situaciones de humillación, agresiones y trato deshumanizado, pero aún existe una desconexión respecto a aspectos estructurales y de derechos, como la autonomía, el consentimiento informado, la comunicación e información accesible y comprensible por parte de los profesionales, y la relación médico paciente ética y respetuosa. Una de las definiciones que fue brindada por una madre de 40 años, procedente de la zona rural, que no tenía aprendizajes en leer y escribir, mencionó de forma sencilla pero con un análisis profundo de la realidad que la violencia obstétrica es *“Cuando los doctores lo humillan a uno por ser humilde, o cuando ellos explican algo y uno no les entiende, ellos se enojan y lo tratan mal a una de embarazada”*.

El desconocimiento que muchas mujeres entrevistadas mostraron sobre esta terminología o conceptos puede estar vinculado a prejuicios culturales, a la vulnerabilidad social, a la cultura de silencio y a un imaginario colectivo que justifica o minimiza la violencia en contextos de vulnerabilidad social y económica. La percepción generalizada que la violencia obstétrica es un problema actual en Honduras refleja una conciencia social sobre su gravedad, pero también evidencia la persistencia de desigualdades de género y clase, que perpetúan la desventaja de las mujeres sobre formación y concientización de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente las mujeres empobrecidas.

En contraste, los profesionales de salud muestran una mayor familiaridad con el concepto, ya que la mayoría ha leído/escuchado sobre el tema (85.48%), aunque su comprensión varía. Algunos

ofrecen definiciones incompletas o confunden la violencia obstétrica con otros tipos de violencia de género, lo que revela vacíos en su formación, principalmente desde el enfoque de derechos humanos y perspectiva de género. Un residente del posgrado de ginecología y obstetricia en su segundo año, con 30 años de edad, explicó aspectos de la violencia obstétrica, *"Cualquier acto realizado por nosotros, el personal de salud, que sea sin el consentimiento de una madre y que se le falte el respeto"*.

Solo una minoría reconoce su participación en la violencia (19.4%), sugiriendo una tendencia a externalizar la culpa o a minimizar su rol en la reproducción de prácticas violentas. Una frase del Dr. Carl G. Jung, *"Sólo el médico herido puede sanar"*, explica que un médico que ha sido víctima puede empatizar mayormente con sus pacientes e internalizar la problemática de la violencia, contribuyendo a su prevención.²⁶ La percepción que la violencia obstétrica aún es un problema en la actualidad refleja una conciencia parcial de las desigualdades estructurales y de las prácticas institucionales que perpetúan el trato deshumanizado, en línea con un contexto patriarcal donde las relaciones de poder en el ámbito sanitario refuerzan la posición de autoridad de los profesionales, muchas veces en detrimento de los derechos de las mujeres. La existencia de capacitaciones previas, en su mayoría cortas y fragmentadas, indica una respuesta que todavía no logra transformar las prácticas y actitudes profundamente arraigadas en el sistema de salud, donde las desigualdades de género y clase siguen siendo evidentes.

Se puede analizar que ambos grupos de respuestas reflejan una relación desigual de poder. Las mujeres, en su percepción, experimentan vulnerabilidad, miedo y vergüenza, condiciones que se ven reforzadas por las prácticas institucionales y culturales que minimizan su dignidad y autonomía. La cultura patriarcal y sexista que subyace en la atención obstétrica perpetúa la idea de que el cuerpo y las decisiones de las mujeres son objeto de control por parte de profesionales, en su mayoría mujeres con formación técnica, pero que en ocasiones reproducen prejuicios sexistas y prácticas discriminatorias.

La formación de los profesionales, aunque presente, todavía no produce resultados que reconozcan la violencia estructural y las desigualdades de género, limitándose a la capacitación técnica y clínica, sin abordar los aspectos éticos, culturales y de derechos. La tendencia a definir la violencia obstétrica sin incluir a los propios profesionales en la causa, o la percepción de que la violencia es solo una acción individual, refleja una falta de conciencia crítica sobre la responsabilidad profesional y la necesidad de un cambio gremial profundo.

A nivel comparativo, la diferencia entre las respuestas muestra que las mujeres, en su experiencia cotidiana, perciben la violencia como una vulneración grave a sus derechos y dignidad, pero con un conocimiento limitado y condicionado por su posición social, cultural y económica. Los profesionales, por su parte, evidencian una conciencia del problema, pero con vacíos en su comprensión y en su autocrítica, lo que limita su capacidad de actuar como agentes de cambio en la promoción de prácticas respetuosas y humanizadas. La formación y sensibilización en la prevención de la violencia obstétrica aún son insuficientes en el sistema de salud, continuando una relación desigual en la cual la violencia obstétrica continúa siendo una problemática estructural que requiere no solo cambios en las prácticas clínicas, sino también en las relaciones

26 Rojas J. El encuentro del sufrimiento como llamada existencial. Medicina Cardiometabólica [Internet] 11 mayo 2025. Disponible en: <https://medicinacardiometabolica.com/2025/05/11/el-encuentro-con-el-sufrimiento-como-llamada-existencial/#:~:text=La%20herida%20como%20fuente%20de%20sabidur%C3%A1Da&text=Carl%20Jung%20desarroll%C3%B3%20expl%C3%ADcitamente%20este,m%C3%A9dico%20herido%20puede%20sanar%20verdaderamente%C2%BB>.

de poder y en la cultura profesional que legitima la subordinación de las mujeres en el proceso reproductivo. Solo mediante un enfoque integral que reconozca las desigualdades de género, promueva la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones y desafíe las prácticas patriarcales en la salud, será posible avanzar hacia una atención respetuosa, digna y basada en los derechos humanos y la perspectiva feminista.

5.4. Ecos de la violencia durante el embarazo

Del análisis de las 170 mujeres entrevistadas se recaudó un total de 75 relatos de 57 mujeres que identificaron alguna forma de violencia obstétrica en las diferentes etapas del proceso reproductivo. Específicamente, 12 relatos se identificaron de violencia durante el control prenatal (16%), 43 durante la atención de parto (57.33%), y 20 en el período de puerperio (26.66%), evidenciando que la mayor prevalencia se presenta en la atención de parto.

Cuadro N. 3. Resumen de relatos de violencia obstétrica en la atención prenatal/parto/posparto de las mujeres entrevistadas, 2025

Violencia identificada durante la atención	Frecuencia	Porcentaje
Violencia en Control Prenatal	12	16.00
Violencia en la atención del parto	43	57.33
Violencia en el puerperio	20	26.66
Total de relatos	75	100

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Los resultados muestran que 42 mujeres identificaron violencia solo en un área de atención (73.68%), y 15 mujeres se encontraban en una intersección de varias áreas de atención con violencia (26.3%). En esta intersección de dichos casos, se identificó que **3 mujeres sufrieron violencia en todas las áreas atendidas, lo que muestra una vulnerabilidad persistente a lo largo de todo el proceso obstétrico**. Estos hallazgos muestran un continuum de la violencia²⁷, donde la constante de sufrir violencia es una posibilidad en todo el transcurso de su atención de parto, logrando identificar diferentes formas de violencia con mayor facilidad.

²⁷ **Continuum de violencia:** es un término utilizado por Cynthia Cockburn (2004) que hace referencia a una inercia y continuidad de la violencia en la vida de la gente, y especialmente de las mujeres, donde sus historias parecen transcurrir en un continuo donde la norma y la constante es la violencia en su contra, siempre y en todo lugar.

Cuadro No. 4. Violencia obstétrica y la intersección en las atenciones de las mujeres entrevistadas, 2025

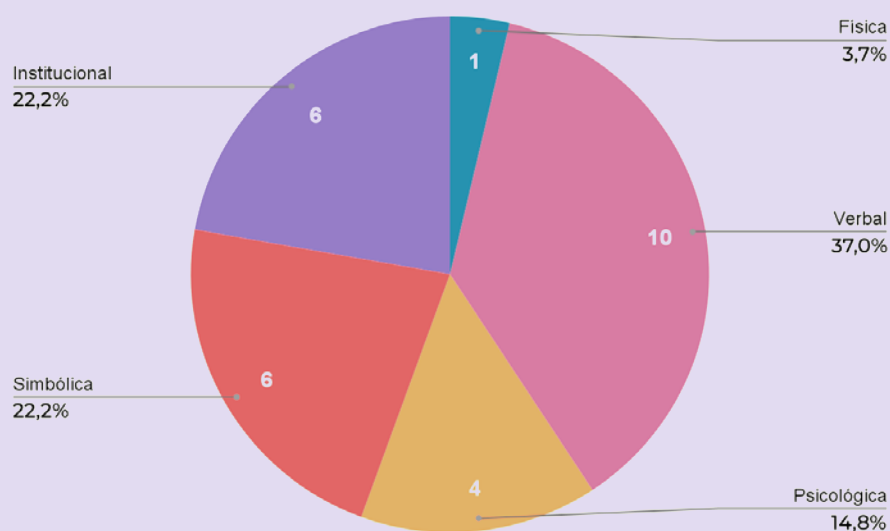
Violencia identificada durante la atención	Frecuencia	Porcentaje
Violencia sólo en una área de atención	42	73.68
Violencia sólo en el control prenatal + parto	1	1.75
Violencia solo control prenatal + puerperio	1	1.75
Violencia en el parto + puerperio	10	17.54
Violencia en el control prenatal + parto +puerperio	3	5.26
Total de mujeres que identificaron violencia obstétrica	57	100

Fuente: Elaboración propia, 2025.

5.4.1. Violencia en el control prenatal

Fueron 26 (15.29%) de 170 mujeres entrevistadas que tuvieron sus controles prenatales en el Hospital Escuela y se les realizó una serie de preguntas adicionales para detectar experiencias de violencia obstétrica, 12 (46.15%) reportaron haber experimentado algún tipo de maltrato, abuso, discriminación durante sus controles prenatales y calificaron la atención como “regular”, “mala” o “muy mala”. Esto evidencia cómo la experiencia negativa impacta la percepción de la calidad del servicio recibido, generando una diferencia significativa en la satisfacción general.

Gráfico N. 1. Tipos de violencia durante la atención prenatal en el Hospital Escuela experimentada por las mujeres entrevistadas, 2025



En el Gráfico 1, donde se muestra que las mujeres que experimentaron violencia, se identificó que el tipo de violencia fue verbal en un 37.0%, seguido de violencia simbólica en un 22.2%, con el mismo valor la violencia institucional, seguido en menor manera violencia psicológica en un 14.8%.

Las narrativas de las mujeres²⁸ que reportaron violencia revelan que en la mayoría de los casos se trató de múltiples tipos de violencia en un solo evento, siendo la verbal, la simbólica y la institucional las que se entrelazan de forma más frecuente. La violencia verbal se manifiesta en respuestas malhumoradas y trato grosero por parte de las médicas especialistas o el personal de enfermería de la consulta externa de gineco obstetricia. Un relato que muestra estas características es la de una madre embarazada por segunda vez, que recibió una referencia para el HE de la clínica privada donde llevaba sus controles,

“Cuando me dieron la referencia para consulta externa me vine al hospital a las 8:00 a.m., la enfermera me dió un bocho, me dijo que a esta hora yo había ido a nada, que regresará mañana, el viernes regresé y llegué a las 6:00 a.m. y me dijo la enfermera que ya no había cupo, el lunes regresé a las 5:00 a.m. y pude conseguir cupo y me ingresaron a (Sala de) Patológico, uno no pregunta mucho a las enfermeras porque siempre salen con un bocho”. — **MCPS, 38 años.**

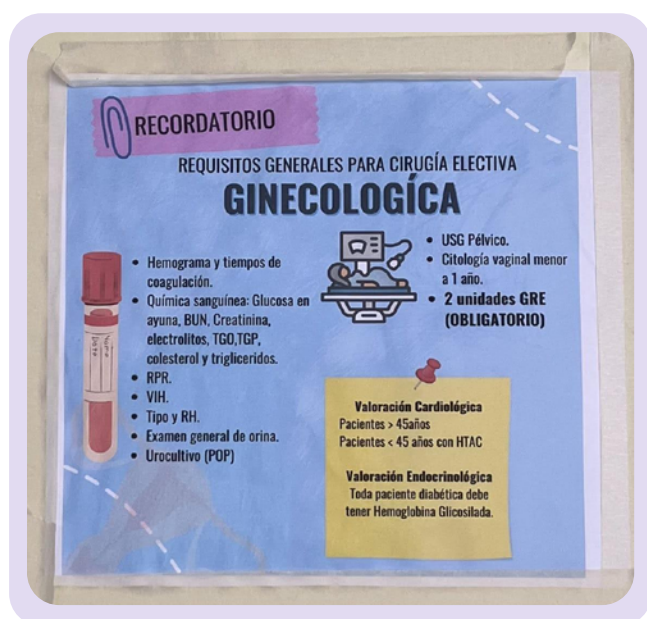
La violencia simbólica incluyó actitudes de carencia de explicación o adaptación del lenguaje técnico a un lenguaje sencillo y comprensible, como también a no comunicarles su estado de salud o el de su bebé. Por otro lado, en cuanto a la percepción de respeto y escucha durante el control prenatal, la mayoría de las mujeres (10 de 12) expresaron sentirse ignoradas o no respetadas. El relato siguiente es de una madre con historia de óbito previo²⁹,

“Yo le preguntaba a la doctora en la consulta, ¿Qué sexo es el bebé? y ella me respondió que eso no se preguntaba, que yo ya tenía muchos hijos. No me explicaba nada de la salud del bebé, era un parto de alto riesgo 39 SG, me iban a programar una cesárea, pero no me ingresaban hasta que donará dos pintas de sangre, entonces yo le dije que yo las podía conseguir hoy, pero que me ingresaran y me dijo que no. Entonces me fui al HGSF de emergencia y de allí me remitieron. Cuando me ingresaron me dijeron que no estaba mi expediente de las consultas, como que nunca hubiera venido a atención. Yo sentía que no me escuchaban, Yo soy la Doctora, me decían”. — **MCPC, 40 años.**

Otros tipos de violencia identificada fue la violencia institucional, caracterizada por largas esperas, rotación de médicos sin seguimiento entre controles, y requisitos institucionales obligatorios para realizarse cirugías electivas como la cesárea o en muchos casos para ingresar

²⁸ Se expondrán relatos de mujeres, siendo citados a partir de las iniciales y la edad de las mujeres entrevistadas.

²⁹ Óbito previo: la muerte fetal intrauterina, es decir, la pérdida del feto antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo.



a mujeres con factores de riesgo con la posibilidad de una complicación futura durante el parto, como por ejemplo la donación de 2 unidades de sangre en el Banco de Sangre del Hospital Escuela, como se muestra en la Imagen N. 3. Una mujer de 40 años de edad, comentó que ella traía a sus familiares desde la Aldea de Santa Cruz, salida de Tegucigalpa, en transporte público a tempranas horas del día y por situaciones de anemia o desnutrición de los mismos no pudieron donar, retrasando su ingreso a pesar que no le iban a realizar cesárea. Otro caso fue una madre en su segundo embarazo, migrante retornada de Estados Unidos de América:

“En los controles no quedé satisfecha de la atención, nunca salí de la consulta diciendo, ‘Qué bien me trataron, nunca’. No me gusta la rotación de médicos tratantes, no hay un seguimiento, unos dicen una cosa y otros otra. Hubo una doctora que me dio una consulta súper rápida, menos de 5 minutos, hablaba muy rápido uso términos que no entendí y no me explicaba nada, ni me dejó hablar, y mi embarazo y parto no era normal por lo que se tenía que tomar su tiempo, era una doctora sin empatía”. — **DROF, 37 años.**

Solo en una ocasión se identificó violencia física entre los relatos recolectados, relacionada con evaluaciones reiteradas y dolorosas sin consentimiento por personal inexperto, además de componentes de violencia psicológica, con amenazas y mensajes desalentadores. La mujer narró lo siguiente,

“Una vez le hice una pregunta y me contestó: Yo soy la doctora y vos no sabes” “Si no captas lo que te digo vas a morirte tú y tu hijo” La evaluación (en la consulta) la realizan los estudiantes, ella los asignaba y yo no podía negarme, les decía a los estudiantes: Hacelo de nuevo, más fuerte, tienes que hacer así (gesto con la mano separando los dedos), vuelvelo hacer y a mi me dolía. Yo tuve todos los controles con ella, al final fueron (controles) semanales y ella me trataba horrible, me evaluaba muy grosero, me dolía toda mi panza (después de la consulta), luego me citaba para programar la cesarea y me decía que regresara la otra semana y así estuve. ¡Eso no se hace!”. — **FYTH, 39 años.**

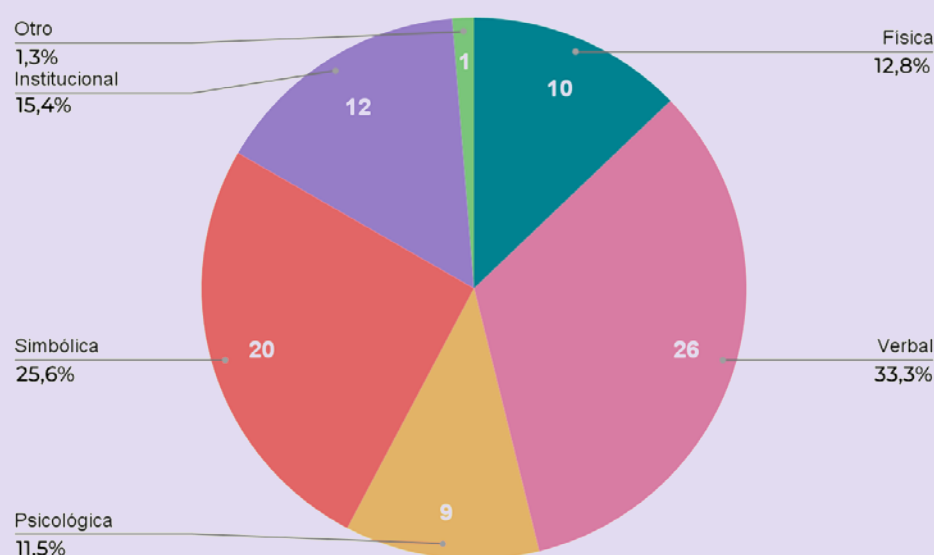
Los 12 relatos reflejan experiencias traumáticas caracterizadas por un trato deshumanizado,

falta de empatía, comunicación deficiente, y violaciones a los derechos de las pacientes, como la imposición de procedimientos sin consentimiento y la negación de información. Recurrentemente se evidencian prácticas autoritarias, abuso de poder, condiciones de atención deficientes y comportamientos humillantes por parte del personal de salud, lo que genera un ambiente de violencia institucional.

5.4.2. Violencia en la atención del parto

La atención del parto considera todos los procesos médicos durante la labor del parto, desde la atención en emergencia, internación en sala (Séptico, Patológico o Ginecología) y en Labor y Parto o en Sala de Operación según sea el caso. 43 mujeres reportaron haber identificado y experimentado algún tipo de maltrato, abuso, discriminación en esta etapa (25.3%). La percepción de la calidad de atención entre quienes vivieron violencia expresaron calificaciones entre “regular” o “mala”, e incluso “buena”, a pesar de haber experimentado violencia. Ello evidencia la normalización de la violencia, muchas veces porque se considera que sí la mujer y su bebé están sanos, la experiencia no es negativa. También, las mujeres no generalizan, ya que identifican buenas atenciones y asistencias de otras profesionales de salud y personas en el proceso, sucesos que deberían ser la norma y no la excepción.

Gráfico N. 2. Tipos de violencia durante la atención de parto en el Hospital Escuela experimentada por las mujeres entrevistadas, 2025



En el Gráfico N2, se muestra que las mujeres que experimentaron violencia, identificaron violencia verbal en un 33.3%, seguido de violencia simbólica en un 25.6%, violencia institucional con un 15.4%, seguido en menor manera por violencia física en un 12.8%.

Las mujeres que reportaron violencia revelan que en la mayoría, se trató de varios tipos de violencia en un solo evento, siendo la verbal y la simbólica las formas más frecuentes. La violencia verbal (33.3%) se manifestó con indicaciones con gritos por parte del personal médico o de

enfermería, solicitando con actitud irónica que contestaran rápido, insultos u otras formas de trato deshumanizado. Entre las mujeres entrevistadas, resaltan las experiencia de dos de ellas: la primera procedente de Guaimaca, Francisco Morazán, con educación escolar, casada, en su tercer embarazo, recuperándose de la cesárea, narra que en la emergencia,

“El médico tenía un carácter pesado, queriendo intimidarlo a uno, fue un disgusto, me dijo gritando ‘Levántese Señora’, y me sentí mal porque siempre que me hablaba, era pesado”. — **LDMS, 27 años.**

La segunda procedente del casco urbano de Tegucigalpa, F.M., con educación superior, en unión libre y después de su segundo parto vaginal, explica que durante su ingreso,

“El médico fue muy pedante, le gritó a mi mama y le dijo que se fuera, solo porque ella le fue a preguntar que cuándo me iban a atender”. — **ANEP, 24 años.**

Como muestra el Gráfico N.2, la violencia simbólica (25.6%) en uno de los relatos recalcó la falta de atención oportuna, ya que 33 mujeres reportaron haber experimentado algún tipo de dolor o incomodidad y no haber sido atendidas adecuadamente. En esta sección, se seleccionó 3 experiencias significativas, la primera procedente de una aldea de Francisco Morazán, con educación escolar, trabajadora del hogar, y en unión libre, que cursaba en su segundo embarazo:

“Hay enfermeras que no le tienen paciencia a uno. Luego una doctora me decía ‘Mamá quédate quieta, estate tranquila’, yo entiendo que es el trabajo de ellas y que pasan estresadas, por eso no lo pueden estar chiniando a uno”. — **EOVH, 27 años.**

El segundo relato muestra negligencia, falta de empatía, indiferencia y autoritarismo, falta de disculpas, rapidez en cortar el cordón umbilical, y en sí, la forma en que se manejaron las complicaciones sin sensibilidad o empatía agravaron el caso. El relato es de una mujer en su quinto embarazo, de Tegucigalpa,

“Cuando estaba en Labor y Parto, los doctores solo pasaban viendo el celular y no me atendían, ni me revisaban, yo les decía que ya venía el bebé, pero no me hacían caso, no revisaban cuantas dilataciones tenía y me dejaron sola por mucho tiempo, yo comencé a pujar y le dije ‘¡Ya viene! ¡Ya viene!’, y cuando vieron que ya estaba por nacer me obligaron a levantarme, yo les dije que no porque ya iba a nacer,

*pero entre varios me levantaron, el bebé cayó en la silla de ruedas y se llenó de mi pupu, nadie lo agarró, cayó de un solo, luego cortaron rapidito el cordón y yo parada me fui a la burra a sacar la placenta. No se disculparon ni nada, a los doctores si lo regañaron”. — **LYOA, 40 años.*** ”

La tercera narración es de una mujer en su segundo embarazo, de una aldea de Francisco Morazán, siendo su primer embarazo en este mismo hospital. Su historia muestra ausencia de comunicación y escucha efectiva, siendo normalizada en la relación médico-paciente, donde la figura del médico es la única autoridad³⁰ y la única que habla en la conversación, generando retrasos en la atención y haciendo que la paciente se movilice y rebote de un hospital a otro, generando angustia y estrés en la paciente. También, demuestra los mecanismos en los cuales la burocracia atrasa la atención, algunas veces generando que la paciente desista,

“Me revisaron en la emergencia, estaba con una enfermera y me estaba tomando la presión, entró otra y dijo ‘pasamela a ella para allá (señalando la camilla), quitate la ropa y acuéstate’ me dijo, (me revisó y me dijo) ‘solo tienes uno de dilatación, andate al San Felipe’, no me dio tiempo de explicarle que yo tomaba medicamento para la presión arterial, solo me dijo que me fuera, llegué al HGSF y por mi antecedente, me refirieron (nuevamente) al Hospital Escuela”. — **SAAE, 29 años.** ”

En las experiencias que se identificaron la violencia institucional, caracterizada por tiempos de espera prolongados para las cesáreas programadas, y falta de privacidad o momentos incómodos por ser un hospital de enseñanza, donde la cantidad de estudiantes observando fue una de las quejas más frecuentes, siendo una recomendación para su prevención, consultar a la paciente, si se siente cómoda y desea que estudiantes estén presentes durante la evaluación o que la realicen con su consentimiento. El primer relato es de una joven de 18 años, en su primer embarazo, con educación escolar,

“Cuando me revisaban habían demasiadas personas, como 13, viendo mi parte, luego en el parto tuve un desgarro y la doctora estaba enseñando conmigo como costurar, muchas personas estaban viéndome, eso me incomodaba”. — **MDO, 18 años.** ”

La segunda experiencia de este tipo de violencia es un relato procedente de Juticalpa, Olancho, de una mujer casada, con secundaria completa, con muerte neonatal previa, en su tercer embarazo y con complicaciones patológicas en el recién nacido, por lo que es remitida al Hospital Escuela para cuidados especiales para el recién nacido y la programación de la cesarea,

³⁰ Argeñal V. Violencia Obstétrica en la atención del parto. Hospital del Sur. Febrero a Abril 2021 [Tesis maestría] Honduras: Universidad Nacional Autónoma de Honduras: [Internet] 2022.; [Citado el 21 de febrero de 2025]; 38(2), 209–223. Disponible en <http://www.bvs.hn/TMSP/pdf/TMSP173/pdf/TMSP173.pdf>

“En la Sala del 5to piso, al ingresar los doctores me explicaron que mi cesárea iba a tardar, porque solo hay un quirófano y las cesáreas de emergencia van primero, escuchar eso desespera, yo soy de largo y los gastos aumentan con cada día aquí, me preocupaba mucho. Luego ayer me levanté y le dije a la enfermera que me sentía mal, que me dolía y ella me dijo ‘Andate a acostar’, luego regresó al rato y me dijo ‘¿Se le quitó (el malestar)?’ y yo le dije que no, así que llamaron a un doctor para que me evaluara y ya tenía el bebé cerca del parto, me regañaron por que yo estaba en trabajo de parto y que yo tenía que avisar inmediatamente, pero lo hice y los dolores me vinieron bien rápido, pero me seguían regañando, ya en el quirófano me trataron bien. Hay enfermeras que se molestan si uno pide una bata nueva luego de tres días de uso, pero hay otras que no”. — **AMPR, 34 años.**

La violencia física durante la atención de parto se presentó en un 12.8%, forzando a la mujer a levantarse, jaloneando o realizando procedimientos tardados, mientras enseñaban. Muchas sufrieron procedimientos dolorosos sin explicación, desconsideración ante sus dolores, discriminación, y negligencias que en algunos casos derivaron en daños físicos y emocionales, como desgarros, desmayos y preocupaciones. Fueron 33 mujeres que respondieron haber experimentado algún tipo de dolor o incomodidad durante su estadía en el hospital y sintieron que no fue atendido de forma adecuada, aquí se analizó cuantas mujeres percibieron que su malestar no fue auxiliado prontamente, ya sea con una revisión clínica, escucha activa, palabras reconfortantes o empáticas, métodos alternativos o medicamentos según el caso. Es importante mencionar que en el mes de abril, los médicos internos finalizaron su rotación en Ginecología y Obstetricia, siendo el mes de mayo donde comenzó una nueva generación, donde tuvieron que aprender procedimientos de atención, por lo que las violencias vividas en cada mes son diferentes y hay mayor predisposición a sufrirla por estos cambios.

Cuatro experiencias fueron resaltadas para ejemplificar las diferentes formas de agresiones físicas, que pueden suceder más allá de las maniobras de *Kristeller* o episiotomías sin indicación. El primer relato es de una mujer de 40 años de edad, procedente de Las Brisas de Olancho, en su cuarto embarazo, con historia clínica de muerte neonatal previa, divorciada, que fue remitida a este hospital por presión arterial elevada,

“Cuando estaba en la Sala de Labor y Parto, quería ir al baño, la doctora me dijo que hiciera en un pato, cuando terminé, me lo quitó bruscamente (el pato) y tiró todo el orín encima mío y en la cama, no se disculpó, andaba enojada. Me afectó mucho eso, comencé a llorar. Yo iba a tener un parto normal, pero nunca dilaté, tenía dolor pero no pasaba de 3 (dilataciones cervicales), estuve tres días con dolor de parto sin poder parir, me indujeron (el parto) pero no hacía efecto. En el cubículo que estaba, todas parían menos yo, y me sentí discriminada por cómo me trataban, porque yo no podía parir, me sentía muy mal,

como me trataron fue un daño psicológico, en cada pasada de visita me hacían sentir mal porque no dilato, yo no podía parir y no me querían hacer cesárea". — DOBF, 40 años.

”

El segundo relato es de una mujer, en su tercer embarazo, con historia clínica de muerte neonatal previa, en unión libre, que al llegar a la emergencia, contó,

“Yo llevaba 9 de dilatación y ya iba a tener, la enfermera me dijo que cerrara las piernas y me las cerró y me dijo que no pujara, que aún no era tiempo, yo le expliqué que ya venía y ella me respondió ‘¿Quién es la enfermera? ¿Usted o yo?’” — DMEN, 25 años.

”

El tercer relato es de una mujer, con analfabetismo, de Torocagua, de ocupación lavandera, en su quinto embarazo, y en unión libre, que al llegar a la emergencia vivió la siguiente experiencia de violencia física y psicológica,

“Me maltrataron, me abrieron muy duro las piernas, me abrió cada vez más enojado, era médico pero no sé qué rango. Se burlaban porque yo era mayor y no sabía como colocar las piernas” — (SGR, 40 años).

”

El cuarto y último relato es de una mujer, en su primer embarazo y referida por sospecha de preeclampsia, que narra que,

“Había un profesional que estaba o estresado o cansado, ya que hablaba así como con cólera, cuando me examinó, me hizo un tacto vaginal muy fuerte y me rompió fuente, me dolió. Luego, cuando subí a la sala de Labor y Parto me tocó parir sola sin supervisión, yo les decía que ya venía el bebé y me decían ‘cálmese’ y no me revisaban, así que salió la cabeza del bebé y hasta ese momento corrieron a llevarme a la burra y yo me senté así con la cabeza de fuera del bebé. Ellos no se disculparon, solo los miraba preocupados de lo que pasó” — (YUN, 25 años).

”

La violencia psicológica, caracterizada por amenazas, fue la experiencia vivida por una mujer, cocinera, en su primer embarazo con 19 años de edad, en unión libre y secundaria completa, que contó,

“(Me dijeron) que no estaba pujando, que si no pujaba bien, me iba a

hacer cesárea (amenaza), me hicieron sentir mal porque no podía pujar, no me permitían que me quejara del dolor, 'Dejese de quejarse', y me contestaban de mala forma mis preguntas. Me decían que me quedara quieta, que si no, las pruebas de sangre no iban a salir bien". — SARP, 19 años.



El análisis de quiénes realizaron estas conductas muestra que la mayoría de los casos fueron atribuidos a médicos (médicos especialistas, residentes y médicos internos), seguidos por enfermeras (licenciadas en enfermería o auxiliares de enfermería). Es importante mencionar que en la Sala de Labor y Parto todo el personal anda uniformado de verde, independientemente del rango académico, por lo que es más difícil diferenciar estudiantes, médicos o enfermeras. En cuanto a la naturaleza de los eventos reportados, se observó que 8 de ellos fueron perpetrados por una sola persona, lo que indica un patrón de violencia de la persona, mientras que 35 eventos fueron reportados por varias personas, lo que podría reflejar situaciones de violencia más estructuradas o múltiples actores involucrados.

También, los resultados muestran que la mayoría de las mujeres (53.5%) atribuyen la violencia a otras mujeres, mientras que un porcentaje menor (11.6%) señaló a los hombres, y un 34.9% indicó que ambas partes estaban involucradas en la violencia. Aunque tradicionalmente se asocia la violencia en general con la masculinidad, esta estadística evidencia que las mujeres, en su rol de profesionales de la salud, son agentes que en su ejercicio de poder, generan violencia, e internalizan patrones sexistas y de autoridad en el sistema de salud.

Además, las profesiones vinculadas a la salud son feminizadas, debido a que los cuidados se perciben como una cualidad “natural” de las mujeres. Esto produce una situación de “mujeres contra mujeres”, donde las jerarquías y estereotipos de género refuerzan conductas discriminatorias y violatorias de derechos humanos, en lugar de desafiar y transformar las desigualdades.

Sobre las consecuencias de la violencia sufrida en la atención del parto, se revela una percepción mayoritariamente positiva sobre el apoyo emocional por parte del personal de salud durante su parto. Del total de 170 mujeres entrevistadas, 25 negaron haberlo recibido y 2 no recordaron.

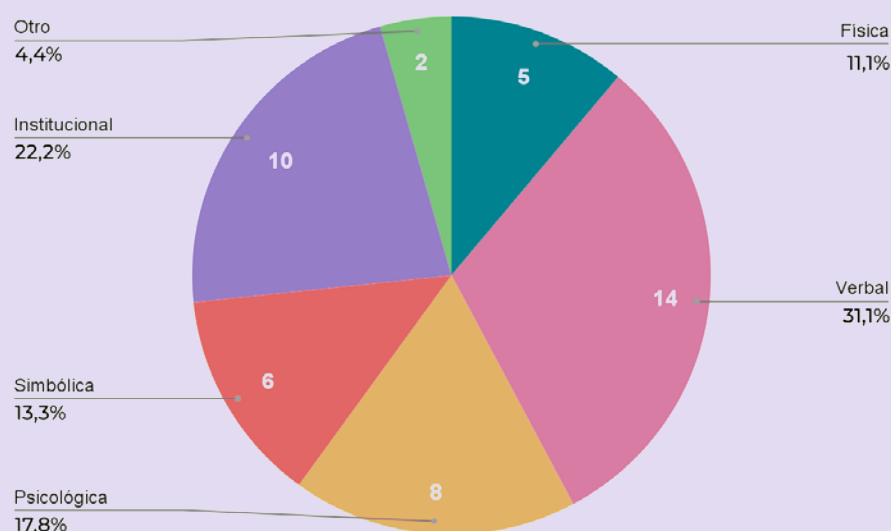
5.4.3. Violencia en la atención posparto

Se evaluó la atención inmediata después del parto en la Sala de Labor y Parto, en la Sala de Observación del Quirófano y la Sala de Puerperio Normal, donde 20 mujeres reportaron haber identificado y experimentado algún tipo de maltrato, abuso, discriminación o violencia obstétrica durante su atención posparto (11.8%). La percepción de la calidad de atención entre quienes experimentaron cualquier tipo de violencia expresaron evaluaciones en el siguiente orden ascendente: “regular”, “buena”, “muy mala”, “muy buena” y “mala”. A pesar de haber identificado maltratos en diferentes momentos de la atención, en general, evaluaron la atención tomando su experiencia como un proceso total.

Las mujeres relatan falta de atención adecuada, como negarse a suministrar agua para beber,

además de actitudes deshumanizadas como infantilizar a las pacientes, o mostrarse estresadas y agresivas con ellas.

Gráfico N. 3. Tipos de violencia durante la atención posparto en el Hospital Escuela experimentada por las mujeres entrevistadas, 2025



En el Gráfico 3, se muestra que las mujeres que identificaron violencia durante su puerperio, fueron más casos que involucran la violencia verbal en un 31.1%, seguido de violencia institucional en un 22.2%, violencia psicológica con un 17.8%, y en menor medida, la violencia simbólica en un 13.3%.

La violencia verbal se manifestó con gritos, regaños y amenazas, respuestas groseras y actitudes pasivo-agresivas por parte del personal médico o de enfermería. El siguiente relato aunque tiene varios tipos de violencia, habla de una joven madre primeriza que como consecuencia a su petición de ayuda ante el dolor y a sangrados posparto que sufrió, fué castigada. Lo narró de la siguiente forma,



“Después del parto, tenía mucho dolor, me sentía mal, mareada y sin fuerzas, me estaba quejando mucho del dolor y la doctora no me hacía caso. Luego le pregunté ‘¿Puedo ir al baño?’ y ella me dijo ‘¡Haz lo que quieras!’’, en el baño me desmayé y luego me desmayé otra vez, yo no recuerdo cuanto tiempo estuve tirada, estaba sangrando. Yo me tiraba al piso del dolor, pero la doctora me decía que era puro berrinche el que tenía yo. La doctora no me revisó y dijo ‘¡Está, está loca! ¡Te voy a enviar al Mario Mendoza, si sigues así!’ (amenazas), luego puso en el expediente que yo necesitaba a un psiquiatra y que yo no era apta para cuidar a mi bebé, una enfermera le dijo ‘¡No diga eso! yo creo que están mal por los puntos’ (tuve un desgarro), hasta después me revisaron y estaban mal hechos los puntos, me los tuvieron que volver hacer, perdí mucha sangre, luego de eso ya no sentía dolor, ni mareo; pero por lo que la doctora escribió, el psiquiatra me tenía que evaluar, allí estaba él,

pero la enfermera le dijo que no era necesario, que yo lo que tenía era una hemorragia. Pero por no estar apta para cuidar al bebé, no lo pude tocar o cargar, me dijeron que solo lo iban a entregar a un familiar con mis mismos apellidos. Así que estoy esperando”. — MDO, 18 años.

”

Por otro lado, la violencia simbólica en esta área se caracterizó por un trato insistente sobre escoger un método de planificación familiar, aunque la institución solo cuenta con el Dispositivo Intrauterino (DIU) para todas las pacientes y el implante subdérmico para las jóvenes. Las técnicas de orientación o charlas educativas brindadas por los/as médicos internos de séptimo año de medicina, carecían de información e imponían la elección de ambos métodos,

“

“Es incómodo cuando dan las charlas de planificación familiar, insisten en que uno escoja el método DIU o el Implante. Las enfermeras son pesadas cuando están enseñando cómo cuidar al bebé, pero lo entiendo”. — LEVB, 24 años.

”

Otros tipos identificados fueron la violencia institucional, caracterizada por la negación de información sobre su estado de salud o el de sus hijos/hijas, o “diagnostican” rápidamente a las pacientes con “rechazo a sus bebés” o “no aptas para el cuidado del recién nacido”, manchando los expedientes y retrasando con procesos administrativos/legales durante el alta médica. Dos historias narran estos casos,

“

“Me llegaron a dejar el niño, me lo pusieron en la herida de la cesárea, me dolió, y les dije ‘No me lo pongan’ y me pusieron en el expediente que yo rechazaba al recién nacido, se lo llevaron a la sala de pediatría y yo no podía visitarlo, ni tocarlo, ni cargarlo, solo lo podía ver de lejos. Una enfermera me dijo ‘El bebé está mejor sin usted’, me puse a llorar, tuve que quedarme el fin de semana porque no me lo entregaban hasta que un familiar viniera a Medicina Legal y a Trabajo Social y que a mí me evaluara una psicóloga. Toda esta situación, este malentendido, me causó mucha angustia y tristeza”. — AJNM, 29 años.

”

“

“¡Desearía tener dinero, para no venir acá, no me expondría! Tenía mucho dolor después de la cesárea, no me habían puesto medicamento, y uno aquí tiene que arrastrarse casi para poder saber de su bebé. A uno le meten miedo aquí, si ya tiene una cesárea previa, que se le va a romper el útero, sólo porque no puedo parir normal, ¿Qué le va hacer uno con esos dolores tan horribles? Luego cuando vine a esta Sala de Puerperio, ni me podía mover y me dijeron pásese a la cama, y no le ayudan a uno. Ahorita miré a las enfermeras decorando para el Día de la Madre, en vez de ayudarlo a uno o por lo menos traerle una silla de

ruedas o algo, para poder ir a ver mi bebé”. — **FYTH, 39 años.**

”

La violencia física se presentó en manejos erróneos en la colocación de líquidos intra venosos IV,³¹ generando angustia, tristeza y sensación de inseguridad en las mujeres,

“

“Antier me tocaba un suero en la noche, una practicante de enfermería me lo colocó, pero yo le dije que se salía el suero, se botó todo el medicamento, en el siguiente turno le grité a la enfermera que se estaba botando todo, a las 5 de la tarde el otro turno me cambió el catéter pero no recibí el suero. ‘¡Qué barbaridad!’, yo le dije, la reporté a la enfermera con las del turno siguiente y porque en el suero dice quién lo colocó, ellas notificaron. Al siguiente día, regresó la enfermera y me dijo ‘¡Ya me dijeron que anduviste de bocona!’ y yo le expliqué lo que pasó, pero siguió tratándome mal y me encendía la luz muy temprano, solo para molestarme, seguía enojada conmigo, me puse seria, con la cara parada para que ya no me molestara, y lo malo es que tiene un carácter bien feo y la voy a tener que ver cuando regrese a ver a mi niño y me da miedo que le haga algo al bebé”. — **EASC, 40 años.**

”

La violencia psicológica se basó en amenazas para dar el alta médica, falta de respeto de la dignidad de las personas y deterioro de la salud mental de la mujer por constantes regaños y maltratos. El siguiente relato es de una mujer de 40 años, sin saber leer y escribir, viuda y empobrecida, que no contaba con visitas de familiares,

“

“Me regañaron por todo, ayer al bebé le di una jeringa de leche que me dieron, pero vomitó, vinieron a ver al bebé y me regañaron, y me dijeron que no podía darle leche materna porque no tenía un examen de VIH, cada vez que le daba pecho me regañaban y mi bebé llorando del hambre y a mí me decían ‘caprichuda’. Me amenazaron que, si no venía un familiar a traerme, no me iban a dar de alta, supuestamente una hermana me iba a venir a traer, pero no me sé el número de ella y no sé cómo avisarle que ya parí. Aquí en la Sala de Puerperio, no me dieron cobija, ni cosas para bañarme, y yo sin familiares”. — **SJR, 40 años.**

”

Las consecuencias en la salud mental en este tipo de violencia, como se observa en varios de los relatos de las mujeres, se resaltan sentimientos de miedo, ansiedad, tristeza y pérdida de confianza en sí misma como madre, lo que afecta en su proceso de recuperación y en su vínculo con el bebé. Además, el riesgo de desarrollar trastornos como la depresión posparto y el

31 Los **líquidos intravenosos (IV)**: son soluciones líquidas (sueros) que se administran directamente en el torrente sanguíneo a través de una vena. Se utilizan para reponer líquidos y electrolitos, administrar medicamentos, y en algunos casos, para expandir el volumen sanguíneo.

trastorno de estrés postraumático aumenta, haciendo mucho más difícil la adaptación a esta nueva etapa de la maternidad. La experiencia de violencia psicológica también afecta en muchas mujeres en la percepción del parto, generando sentimientos de inseguridad y trauma que perduran con el tiempo, y que pueden influir en futuras decisiones relacionadas con la reproducción, la atención médica y la salud mental de la madre.

El análisis de quiénes realizaron estas conductas después del parto muestra que la mayoría fueron atribuidos al personal de enfermería, seguidos por médicos. Muestran que la mayoría de las mujeres atribuyen la violencia a otras mujeres (53.5%), mientras que un porcentaje menor (11.6%) señaló a los hombres, y un 34.9% indicó que ambas partes estaban involucradas en la violencia.

5.5. La verdadera dimensión de la violencia

Al finalizar se aplicó una escala de violencia obstétrica diseñada con 12 aspectos distintos, utilizando un lenguaje claro y ejemplos comprensibles para facilitar los escenarios de violencia obstétrica. De las 170 mujeres encuestadas, **123 respondieron afirmativamente en uno o más de los 12 aspectos de la escala de violencia (72.35%)**, de las cuales, tras restar las 57 que ya habían reconocido violencia previamente, quedaron **66 mujeres que, a pesar de no identificar violencia en las preguntas iniciales, reconocieron varios elementos de violencia obstétrica en la escala**. Esto revela que, muchas prácticas de violencia obstétrica están normalizadas y justificadas por las pacientes, lo que dificulta su reconocimiento y denuncia. Tampoco contribuye un contexto que no visibiliza la violencia obstétrica, ni tiene mecanismos para procesar denuncias.

Se observó que el inciso más frecuente en la escala de violencia fue el de exposición a muchas personas extrañas, siempre del área de la salud, pero que durante los procedimientos o evaluaciones generaban mucha incomodidad a las mujeres, ya sea por sus actitudes y/o prácticas. El segundo fue el trato con sobrenombres o por el número de cama en la que se encontraban. Todas concuerdan en que les gustaría que les llamaran por su nombre.

También se logró profundizar la encuesta con una conversación a 6 mujeres en las que el embarazo finalizó con el recién nacido fallecido, 2 de ellas identificaron violencia durante su atención y 4 reconocieron violencia en la escala. Para estas mujeres, la situación es compleja, y por momentos, deshumanizante, en la que las madres suelen ser ubicadas en habitaciones colectivas con otras madres y sus recién nacidos vivos, lo que limita su privacidad y el tiempo necesario para despedirse de sus bebés de manera individual o en compañía familiar.

Aunque en algunos casos se les preguntó si querían ver a sus recién nacidos antes de envolverlos, muchas optaron por no hacerlo para proteger su salud mental. La evaluación psicológica se realiza únicamente en horarios laborables de lunes a viernes, dejando los fines de semana y las noches sin apoyo especializado, lo que puede agravar el impacto emocional en las madres.

Además, al no recibir partida de nacimiento por tratarse de nacimientos no vivos, no tienen la opción de realizar un entierro en un cementerio, y en muchas ocasiones deben decidir si desean que el hospital realice una biopsia para estudios, decisión que puede ser difícil en un contexto de duelo. La falta de espacios adecuados y la preparación insuficiente del personal de salud para comunicar noticias tan sensibles ocasiona que muchas madres y familias no reciban una

atención emocional y una comunicación asertiva, lo que evidencia la necesidad de mejorar la infraestructura, los protocolos de atención y la capacitación en el manejo de estas situaciones al personal para garantizar una atención más humanizada y respetuosa. A continuación, dos relatos sobre muerte gestacional,

“En Labor y Parto, no pude sostener a mi bebé muerto, no me pude despedir”. — **WMLS, 19 años.**

“Me dijeron de la muerte de mi bebé, como si fuera cualquier cosa y no un ser humano, no me explicaron (por qué falleció), y me dijeron que había pasado más de 5 días que mi bebé había muerto (revictimizante), pero yo no tenía dolor ni sangrado. En (la Sala de) Labor y Parto me colocaron unas pastillas, pero no me explicaron nada, tenía mucho dolor, me quejé pero no hicieron nada”. — **DMCO, 23 años.**

En conjunto, estos relatos revelan la necesidad urgente de promover un enfoque centrado en los derechos, la empatía y el respeto en la atención obstétrica y más aún en las muertes gestacionales y/o neonatales, para poder minimizar las prácticas violentas y garantizar un trato digno a las mujeres en el proceso de embarazo y parto.

5.6. Buenas prácticas para un futuro sin violencias

A pesar del reconocimiento de diferentes tipos de violencias vividas por las mujeres puérperas inmediatas, otros relatos demuestran experiencias positivas en su atención en el Hospital Escuela, destacando la amabilidad de uno u otro personal médico y/o de enfermería, especialmente durante el parto, donde varias madres expresaron que recibieron apoyo durante el mismo y en general, fue un proceso de alegrías.



Varias tuvieron experiencias positivas y una atención rápida, perfilando un avance en contraposición a experiencias pasadas en la institución. El cuidado y la disponibilidad del personal fueron calificadas por las pacientes como “experiencias milagrosas” y el personal de salud como “ángeles en el camino”, así también señalaron la confianza al ser atendidas en un hospital con especialistas y reconocida trayectoria histórica. Sin embargo, las respuestas también señalan áreas de mejora, como la higiene de los baños, el mantenimiento de las instalaciones y la necesidad de

mayor organización (relevos) en horarios de visita a los familiares, ya que solo es de 2 horas como lo podemos ver en la imagen N.4, siendo los familiares obligados a hacer filas por largos periodos de tiempo para ingresar. La mayoría busca un ambiente más cómodo, limpio y seguro, con personal más amable y empático, además de mayor participación familiar y comunicación efectiva con ellos y ellas.

5.7. ¿Cómo reportar o denunciar violencia obstétrica dentro del Hospital Escuela?

Un aspecto preocupante es la falta de conocimientos sobre los procedimientos para denunciar casos de maltrato, violencia o abuso durante estas etapas del embarazo, ya sea dentro del Hospital Escuela o fuera de ella; solo 12 mujeres respondieron que saben cómo, dónde o a quién denunciar (7.05%), mientras que 158 no tienen claridad al respecto (92.94%). Aquellas que respondieron afirmativamente, mencionan lugares como Recursos Humanos, Trabajo Social y Medicina Legal, pero expresaron que no cuentan con una guía clara o un proceso definido para actuar en estos casos. Esto evidencia una brecha en la comunicación y en la disponibilidad de información, lo que dificulta la protección y el apoyo a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad y además contribuye a la falta de registros de estos casos por que muy pocas veces las mujeres acceden a denuncia; el Instituto Nacional de Estadística INE en su Encuesta Nacional Especializada sobre Violencia contra las Mujeres (VCM),³² en la que se determina que 9 de cada 10 mujeres no denuncian en instituciones ni en organizaciones locales, evidencia una cultura de no denuncia de la violencia sufrida de forma general. Muchas veces atribuida a la falta de confianza en las instituciones encargadas de atender y proteger a las víctimas, haciendo que los casos queden invisibilizados, en impunidad y dificultando la lucha contra la violencia de género. La percepción de las mujeres es que las denuncias no serán atendidas rápidamente o que podrían traer consecuencias negativas para las denunciantes o sus bebés, contribuyendo a que muchas mujeres prefieran permanecer en silencio.

Se visitaron dos áreas mencionadas que se ubican en el primer piso del hospital para identificar sitios de denuncia. Por ejemplo, en Trabajo Social del Bloque Materno Infantil (BMI) desinforman, atrasan y remiten equivocadamente al Departamento de Ginecología y Obstetricia en el 6to piso. Luego, se consultó en Medicina Legal, donde explicaron que socializan a las mujeres que podían denunciar en su instancia, pero que debían llenar una Hoja de Tránsito dada por un médico interno o residente. Este paso no garantiza el anonimato y retrasa la atención. El lugar para realizar los reportes/denuncias al personal es en la **Unidad de Atención al Usuario**, que se encuentra cerca de la Caja y Trabajo Social del BMI en planta baja. Aunque no hay un protocolo estructurado, sí explicaron que la paciente no requiere llevar hoja de tránsito, pero se debe de realizar de forma presencial y se llena una “Hoja de Queja”, siendo un proceso únicamente presencial es algo que puede imposibilitar a las mujeres a reportar los incidentes, ya que después de un parto/cesárea, las madres desean el alta médica y estar en sus casas lo más pronto posible. Después, esta Unidad lo remite al Departamento de Medicina Legal, si la persona desea realizar la denuncia y le da el seguimiento legal a la misma.

5.8. Al otro lado del cuidado: experiencias del profesional de salud

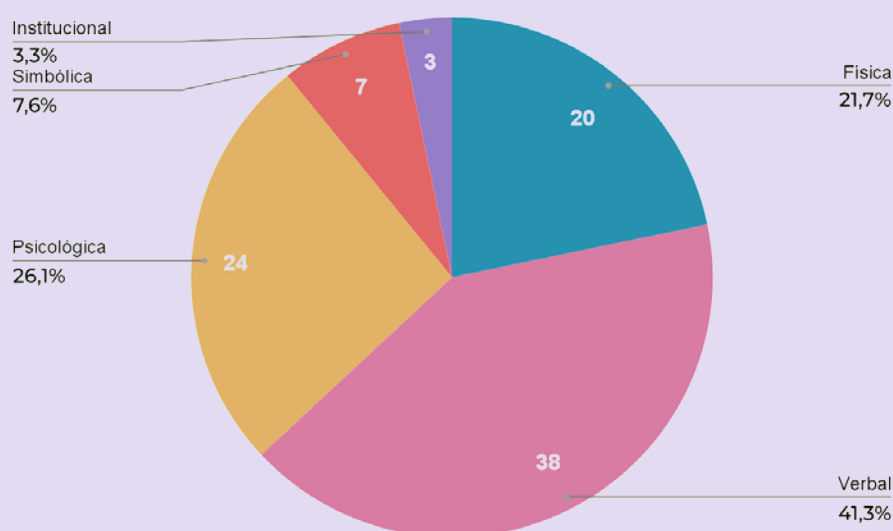
Fueron 57 profesionales de salud que reportaron haber presenciado violencia obstétrica (92%), revelando algunas similitudes y patrones en sus valoraciones. Se desglosan de la siguiente manera:

32 Instituto Nacional de Estadística (INE), Encuesta Nacional Especializada Sobre Violencia Contra Las Mujeres y Niñas de 15 años y más en Honduras (ENESVMN), [Internet] 2022; [Citado el 21 de junio de 2025]; Disponible en: <https://temp.ine.gob.hn/wp-content/uploads/2025/05/Informe-ejecutivo-ENESVCMN-2023.pdf>

- Presencia constante de comportamientos violentos y deshumanizantes: describen actitudes y acciones que violan los derechos y la dignidad de las pacientes, como gritos, regaños, golpes, tactos vaginales violentos y actitudes pasivo-agresivas.
- Uso frecuente de procedimientos sin explicación o consentimiento: la realización de la maniobra *Kristeller*, forceps, episiotomías sin anestesia, y tactos vaginales innecesarios fueron recurrentes, muchas veces sin el consentimiento informado de las pacientes.
- Actitudes de desconsideración hacia el dolor y el sufrimiento de las pacientes: varias respuestas reflejan una actitud insensible, como decirle a una paciente que “no llore” o que “no se queje”, minimizando su experiencia y poniendo en riesgo su bienestar emocional y físico.
- Instrumentalización y violencia de género: la presencia de comentarios sexistas, como referirse a las pacientes en tono despectivo o decirles que no deben tener más hijos, indica una cultura que legitima actitudes discriminatorias y violencia simbólica basada en el género.
- Violencia institucional y falta de respeto en la comunicación: la indiferencia del personal administrativo y de guardias, así como la actitud del personal médico y de enfermería que no responde a las llamadas o que minimiza las quejas, reflejan una cultura institucional que perpetúa la violencia y la desconsideración.
- Diversidad de profesionales: Aunque la mayor parte de las respuestas identificó a médicos residentes y auxiliares de enfermería como los principales agresores, también aparecen otras profesiones, incluyendo licenciados de enfermería, administrativos, guardias y personal de limpieza. La mayoría de los relatos indica que las agresoras son principalmente mujeres, aunque también hay casos de hombres.

En las opiniones de las y los profesionales de salud, se evidenció que la violencia obstétrica observada por ellos, se manifiesta en diferentes formas, siendo la verbal la más prevalente con un 41.3%. Este tipo de violencia genera un ambiente de intimidación y miedo durante la atención. Le sigue la violencia psicológica, que representa un 26.1%, e incluye acciones como comentarios hirientes que minimizan sentimientos y creencias de las mujeres. La violencia física también fue reportada, con un 21.7%, e involucra prácticas como el uso de la maniobra de *Kristeller*, jalones o apretones, y la falta de anestesia en procedimientos como las episiotomías. Además, se identificaron formas simbólicas de violencia (7.6%), cómo ignorar a las pacientes o no responder sus dudas, y violencia institucional (3.3%), que incluye la falta de priorización de cesáreas programadas por remodelaciones en los quirófanos o deficiencias en la infraestructura, como la sala de espera de emergencia en un pasillo del hospital, que carece de espacios adecuados.

Gráfico N 4: Tipo de violencia obstétrica presenciada por las y los profesionales de salud entrevistados, 2025.



5.9. “Visibilización de la violencia obstétrica desde los profesionales de salud: reconozco que sucede pero, yo no lo hago”.

Hay un consenso claro de parte de las y los profesionales de salud sobre el impacto negativo de la violencia obstétrica en la salud de las mujeres. La mayoría coincide en que esta forma de maltrato no solo afecta aspectos físicos, como lesiones o complicaciones durante el parto, sino que también tiene profundas repercusiones emocionales y psicológicas. Se destacan síntomas como baja autoestima, depresión posparto, ansiedad, trauma psicológico, miedo a acudir nuevamente a los centros de atención y desconfianza en el sistema de salud. Estos efectos pueden comprometer la recuperación emocional de la madre, dificultar el vínculo con el recién nacido y generar un impacto duradero que trasciende el momento del parto,³³ afectando a largo plazo la salud mental y la autoestima de la mujer.

Por otro lado, las respuestas también resaltan cómo la violencia obstétrica contribuye a un ciclo de vulnerabilidad, en el que las mujeres sienten que son ignoradas, denigradas y tratadas con falta de empatía, lo que refuerza el miedo y la desconfianza en los profesionales de la salud, que repercute en el abordaje de otras enfermedades y/o procedimientos médicos en el futuro.

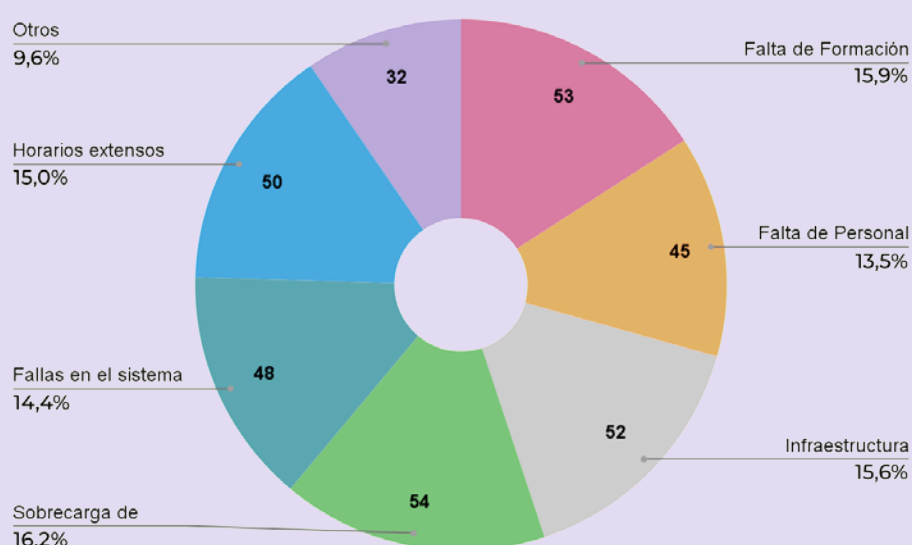
El predominio de respuestas afirmativas representadas por 61 profesionales de salud respecto a la incorporación del apoyo psicológico antes, durante y después del parto refleja una percepción generalizada sobre la importancia de brindar este tipo de acompañamiento (98%). La mayoría de las y los profesionales consideran que el apoyo especializado puede contribuir a mejorar la experiencia de la maternidad, reducir posibles complicaciones emocionales y promover una recuperación integral tanto física como mental. Esto evidencia una conciencia acerca de las necesidades emocionales de las pacientes, especialmente en contextos donde la atención puede centrarse principalmente en aspectos biomédicos, dejando de lado la dimensión

33 Kohan, S., Mena-Tudela, D. & Youseflu, S. The impact of obstetric violence on postpartum quality of life through psychological pathways. *Sci Rep* 15, 4799 [Internet] 2025; Citado el 21 de junio de 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-8>

psicosocial. Por otro lado, las respuestas de 59 de los profesionales de salud consideran que la violencia obstétrica sí influye en la toma de decisiones futuras de las mujeres de donde acudir a recibir atención ginecobstétrica (95%).

Los factores que contribuyen a la violencia obstétrica sin justificarla, desde la mirada de los profesionales de salud entrevistados en el Hospital Escuela, revela que los principales aspectos identificados son la sobrecarga de población atendida, la falta de formación en prevención de violencia obstétrica, y aspectos de la infraestructura inadecuada, pero sólo el 3,3% relató casos de violencia institucional entre los observado en la entrevista.

Gráfico N.5. Percepción de los factores contribuyentes a que se realice la violencia obstétrica según los profesionales de salud entrevistados, 2025.



Además, los profesionales mencionan factores adicionales que, aunque en menor proporción, aportan una visión más integral del problema; entre estos se encuentran la normalización de la violencia y la cultura autoritaria que persiste, la falta de ética, empatía y humanidad en la atención, así como las condiciones físicas precarias y la insuficiencia de insumos y medicamentos. También, se señalan aspectos relacionados con el desgaste psicológico del personal, problemas en la comunicación con pacientes y fallas en la organización y coordinación del sistema, y falta de supervisión en turnos vespertinos y nocturnos que tienden a afectar la calidad y el trato humanizado en la atención obstétrica. Entre algunos ejemplos, se mencionan los siguientes:

"El paciente cree que todo se le tiene que dar en bandeja de oro".

"No hay calidad de la atención, solo cantidad".

"Falta de insumos ya que la paciente muchas veces tiene que ir a comprar analgésicos".

"Falta de escolaridad de la paciente, ya que influye mucho en el seguimiento de órdenes y muchas veces, los médicos no adaptan su lenguaje a un nivel comprensible".

El análisis de las respuestas de las y los profesionales de la salud revela una percepción mayoritariamente negativa respecto a la adecuación de su formación académica en violencia obstétrica, ya que 41 de los 62 participantes consideran que la formación es insuficiente o

superficial (66%), mientras que solo 21 creen que es adecuada (34%). Esto indica que la mayoría percibe que los programas educativos no brindan las herramientas necesarias para abordar o prevenir esta problemática, probablemente debido a un enfoque limitado que carece de profundidad, capacitación práctica y estrategias integrales.

Se observa una percepción diversa respecto al estigma asociado a hablar o discutir la violencia obstétrica. Una mayoría significativa de 44 profesionales (aproximadamente el 71%), considera que aún existe un estigma que dificulta la apertura y la honestidad en estos diálogos, evidenciado por la tendencia de personalizar una violencia que es estructural. Este hallazgo sugiere que, aunque existe conciencia sobre la violencia obstétrica, aún persiste un ambiente en el que hablar abiertamente puede generar incomodidad, resistencia o incluso rechazo.³⁴ La tendencia a ponerse a la defensiva puede estar motivada por varios factores, como el temor a ser juzgados o sancionados, desconocimiento del impacto de sus acciones, miedo a cuestionar las prácticas tradicionales, o una cultura institucional que no favorece el reconocimiento ni la discusión sobre problemáticas éticas médicas.

5.10. ¿Qué sabemos de las leyes en violencia obstétrica?

El análisis de las respuestas de los profesionales de salud, revela un alto nivel de desconocimiento acerca de los protocolos, normas o documentos nacionales relacionados con la violencia obstétrica, con aproximadamente el 80.6% manifestando no estar familiarizados con estos recursos. La presencia de respuestas dispersas y variadas respecto a los documentos y protocolos, que incluyen referencias a la Norma Materno Neonatal, folletos de violencia de género, charlas, informes del Observatorio de Derechos Humanos de las Mujeres del CDM, boletines, y trípticos, sugiere que la información no está consolidada ni es de fácil acceso para la mayoría de los profesionales de salud.

Este escenario pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las políticas públicas, mejorar la capacitación y facilitar el acceso a los protocolos y normas nacionales sobre violencia obstétrica. La incorporación de estos recursos en la formación continua de los profesionales, así como la creación de una cultura institucional que valore la sensibilización y la adopción de buenas prácticas, son pasos fundamentales para garantizar una atención respetuosa y basada en derechos.

La mayoría (52 de los 62), consideran que las políticas públicas en Honduras no abordan adecuadamente la problemática de la violencia obstétrica. Esta percepción puede estar relacionada con la falta de leyes nacionales específicas a la violencia obstétrica y una implementación de normas nacionales desactualizadas. Algunos entrevistados reconocen que existen artículos y marcos legales que abordan el tema, pero también admiten que no siempre son utilizados en la práctica o que no se cumplen en la realidad, lo que evidencia una brecha entre la existencia de normativas y su aplicación efectiva para proteger a las pacientes.

Hay una percepción diversificada respecto a las consecuencias para aquellos reportados o denunciados por violencia obstétrica. Un grupo considerable, compuesto por 37 profesionales,

³⁴ Ramallo-Castillo RM, Lozano-Vidal M, Durán-Castellanos I, Corrales-Gutiérrez I. Violencia obstétrica, una visión actual. Definición, percepción por parte de profesionales y propuestas de mejora. *Revisión narrativa. Ginecol Obstet Mex [Internet]* 2024; 92 (2): 85-96. Citado el 21 de junio de 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v92i2.9395>

opina que no existen consecuencias tangibles y que la situación permanece igual, lo que evidencia una percepción de impunidad o falta de acciones concretas frente a estos casos (59.68%). Por otro lado, 25 profesionales creen que sí hay repercusiones, mencionando medidas como sanciones administrativas, suspensión de licencias, demandas, cambios de sala, o incluso acciones legales como cárcel (40.32%).

Además, las respuestas reflejan una cierta incertidumbre o diversidad en la gestión de estos casos, con algunos profesionales señalando que las denuncias no siempre se investigan adecuadamente o que las medidas tomadas son insuficientes o inconsistentes. La mención de acciones como auditorías, llamadas de atención, cambios en las funciones, y reportes en expedientes muestra que en algunos entornos sí existen mecanismos, aunque estos no siempre se llevan a cabo con rigor. La percepción de que las sanciones dependen del tipo de violencia y de si la paciente denuncia o no, revela una falta de protocolos claros y efectivos para abordar estos incidentes.

5.11. ¿Cómo podemos evitar la violencia obstétrica?

El 100% de los profesionales de la salud considera que los futuros profesionales deberían recibir más formación en la prevención de la violencia obstétrica, revela una conciencia colectiva acerca de la importancia de abordar esta problemática desde la formación académica. Esta unanimidad refleja que, aunque las respuestas pueden variar en matices, existe un reconocimiento generalizado de que la preparación académica es un pilar fundamental para garantizar una atención respetuosa y digna durante el parto y otros procesos obstétricos.

Al hablar de las acciones necesarias para transformar la atención obstétrica, priorizando la humanización, la capacitación, la infraestructura y la normativa, a continuación, se presenta un análisis resumido de las 146 recomendaciones expresadas por los y las profesionales de salud, donde se identificó patrones, y similitudes.

Capacitación y sensibilización al personal de salud:

La mayoría de las recomendaciones señalan la necesidad de formación continua, talleres y cursos sobre violencia obstétrica, parto humanizado, trato respetuoso, y comunicación efectiva, que sean actualizados con periodicidad. Se destaca la importancia de incluir estos temas en la formación de estudiantes de medicina, residentes, y en la capacitación del personal en ejercicio.

Concientización y educación de las pacientes:

Se recomienda concientizar a las mujeres y sus familias sobre sus derechos, procedimientos, y cómo denunciar abusos. Esto puede ser accesible a través de folletos, videos y charlas previas al parto para que las pacientes tengan acceso a información y puedan tomar decisiones con consentimiento.

Mejoras en infraestructura y organización:

La privacidad y comodidad de las pacientes se consideran fundamentales, proponiendo la adecuación de espacios, mayor privacidad en las evaluaciones clínicas y salas de parto, además de áreas de descanso para el personal.

Implementación de protocolos y normativas claras:

La creación de protocolos específicos dentro de la institución, como iniciativa del Posgrado de Ginecología y Obstetricia de la UNAH y del Hospital Escuela: elaborar listas de verificación (checklist) de prevención

de violencia obstétrica en las diferentes áreas de atención, compuesta por enunciados con respuestas de sí o no que le presentan a la paciente y al equipo de salud para asegurar un trato humanizado, y la creación de normas institucionales para abordar la violencia obstétrica y garantizar la atención respetuosa, incluyendo sanciones para quienes ejercen violencia obstétrica, y mecanismos de denuncia confidenciales tanto para el personal como para las mujeres embarazadas.

Supervisión, evaluación y seguimiento:

La evaluación continua del personal mediante evaluaciones psicométricas, supervisión y auditorías para asegurar el cumplimiento de los estándares humanizados en los diferentes turnos y salas del hospital.

Apoyo psicológico y acompañamiento emocional:

Incorporar psicólogos en las áreas de parto, acompañar a las madres en casos de complicaciones ginecoobstétricas, personas en situación de vulnerabilidad, en pérdidas neonatales, y ofrecer apoyo en el duelo; facilitando espacios adecuados para la evaluación/acompañamiento, y despedidas dignas.

Políticas institucionales y compromiso de las autoridades:

La voluntad institucional y el compromiso político de las autoridades y profesionales de salud son esenciales para implementar cambios sostenibles. Debe ir de la mano con la sensibilización constante de todos los trabajadores del ámbito de la salud sobre la problemática, y la inversión en recursos humanos y materiales.

06. Conclusiones

- Se determinó que el porcentaje de violencia obstétrica en el Hospital Escuela durante el período de abril a mayo 2025 fue de 72.35%, siendo una problemática prevalente en la atención ginecobstétrica, afectando principalmente a las mujeres jóvenes en su primer embarazo.
- El 92.94% de las mujeres desconocen cómo denunciar o reportar casos de violencia obstétrica, dentro de la institución o fuera de ella, abonado a la cultura de no denunciar la violencia, evidencia una vulnerabilidad adicional que debe ser abordada mediante campañas de información/sensibilización y la necesidad urgente de fortalecer la credibilidad y las respuestas institucionales para cambiar este panorama.
- La violencia identificada con mayor frecuencia fue la verbal, realizada en su mayoría por doctoras, lo que evidencia una necesidad urgente de sensibilización, formación y supervisión en las prácticas clínicas para garantizar un trato respetuoso y humanizado.
- La normalización de la violencia obstétrica en la población estudiada, donde el 33.53% de las mujeres auto-identificaron escenarios de violencia durante su atención de forma inicial, mientras que el 38.82% la reconocieron posteriormente en la escala de violencia obstétrica; parte de la percepción generalizada de que ciertas conductas abusivas o negligentes en la atención obstétrica por parte de las/los profesionales de salud son “normal” en el proceso del parto, lo que lleva a que muchas mujeres no las reconozcan como violencia.
- La percepción de las/los profesionales de la salud sobre la problemática revela una conciencia de su existencia, pero también una percepción de ausencia o insuficiencia en las políticas públicas y en las consecuencias para quienes cometen estas prácticas, lo cual señala la necesidad de fortalecer los marcos normativos nacionales e institucionales.
- Los factores que contribuyen a esta problemática, como la sobrecarga laboral, la infraestructura inadecuada, la falta de formación, y la cultura patriarcal, reflejan condiciones estructurales que deben ser revisadas para garantizar condiciones dignas y seguras para las mujeres en todos los niveles de atención.
- Hay una necesidad de fortalecer los marcos normativos institucionales y nacionales, promover la formación en perspectiva de derechos humanos y género en el personal de salud, y garantizar la participación activa de las mujeres en la defensa de sus derechos reproductivos, promoviendo una atención respetuosa, equitativa y libre de violencia en todos los ámbitos de la atención ginecobstétrica.

07. Recomendaciones

1. Implementar talleres periódicos sobre trato humanizado y comunicación empática para todo el personal de salud, especialmente sobre prevención de la violencia ginecobstétrica.
2. Diseñar campañas informativas en el Hospital Escuela y en los centros de salud para que las pacientes conozcan sus derechos y los mecanismos de notificación y denuncia.
3. Adecuar las salas de atención del parto para garantizar privacidad y confort, adecuando los espacios para prevenir vulnerabilidad y violencias.
4. Crear un sistema de denuncias confidencial tanto para las mujeres como para el personal y sanciones claras para quienes ejercen violencia, reforzando la responsabilidad institucional.
5. Incorporar profesionales de psicología 24 horas en la atención obstétrica para acompañar emocionalmente a las pacientes, especialmente en casos de complicaciones ginecoobstétricas, mujeres en situación de vulnerabilidad y en muertes gestacionales y neonatales.
6. Establecer protocolos escritos dentro del Hospital Escuela y listas de chequeo/verificación para la prevención de violencia obstétrica para que las/los profesionales de salud según su área, para monitorear de forma rápida en cada área de atención por medio de la retroalimentación de la madre, familiares y el personal de la atención, asegurando que fue realizada de forma ética y con una comunicación clara y sencilla.
7. Promover el avance para la aprobación de la Ley Especial Integral contra las Violencias hacia las Mujeres (LEI-VCM), que reconoce la violencia gineco-obstétrica, en conjunto a otros tipos de violencias, siendo su objeto de ley “promover y garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre violencia, tanto en el ámbito público como el privado”.

08. Anexos

VIII.N1. Registros de parto y cesárea del Hospital Escuela, Enero-Junio 2024.

SECRETARÍA DE SALUD									
ÁREA ESTADÍSTICA DE LA SALUD									
HONDURAS, C.A.									
HOSPITAL ESCUELA									
2. LABOR Y PARTO Y RECIÉN NACIDOS									
2024									
PARTOS ATENDIDOS				ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
PARTO VAGINAL	NORMAL			915	590	570	573	603	512
	DISTÓCICO				0				
CESÁREAS					258	258	253	273	245
TOTAL PARTOS				915	848	828	826	880	760
PARTO MÚLTIPLE (DOS)					14	5	3	4	3
PARTO MÚLTIPLE (TRES o más)					3				
ABORTOS				128				138	24

VIII.N2. Objetivos e hipótesis del Protocolo de Investigación: "Sistematización de las experiencias sobre la violencia obstétrica en el Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras en el período de abril-mayo de 2025".

1. Objetivo General

Sistematizar las experiencias sobre la violencia obstétrica en el Hospital Escuela, del Municipio del Distrito Central, Tegucigalpa, Francisco Morazán durante el período de abril-mayo del 2025, con el propósito de identificar las percepciones y experiencias de este fenómeno en las mujeres puérperas inmediatas y en los profesionales de salud en relación con la atención prenatal del parto y posparto para promover prácticas obstétricas respetuosas y para mejorar la calidad de atención en salud materna.

2. Los Objetivos Específicos:

- Determinar el porcentaje de "Violencia Obstétrica" según las percepciones y experiencias de las mujeres que han recibido atención obstétrica en el Hospital Escuela.
- Determinar el porcentaje de la violencia obstétrica identificada por las puérperas versus la detectada por la escala de violencia obstétrica.
- Caracterizar las víctimas que identificaron la violencia obstétrica en la muestra poblacional, según el momento de la atención, el tipo de violencia y el personal que lo realizó.
- Caracterizar las víctimas de violencia obstétrica en la muestra poblacional, según edad, nivel académico, tipo de parto y antecedentes ginecobstétricos.
- Discriminar el fenómeno de la violencia obstétrica desde la perspectiva de los profesionales de salud.

- F. Determinar el porcentaje de personal del Hospital Escuela capacitado en prevención de la violencia obstétrica.
- G. Identificar los factores contribuyentes de la violencia obstétrica según las percepciones de los profesionales de salud.

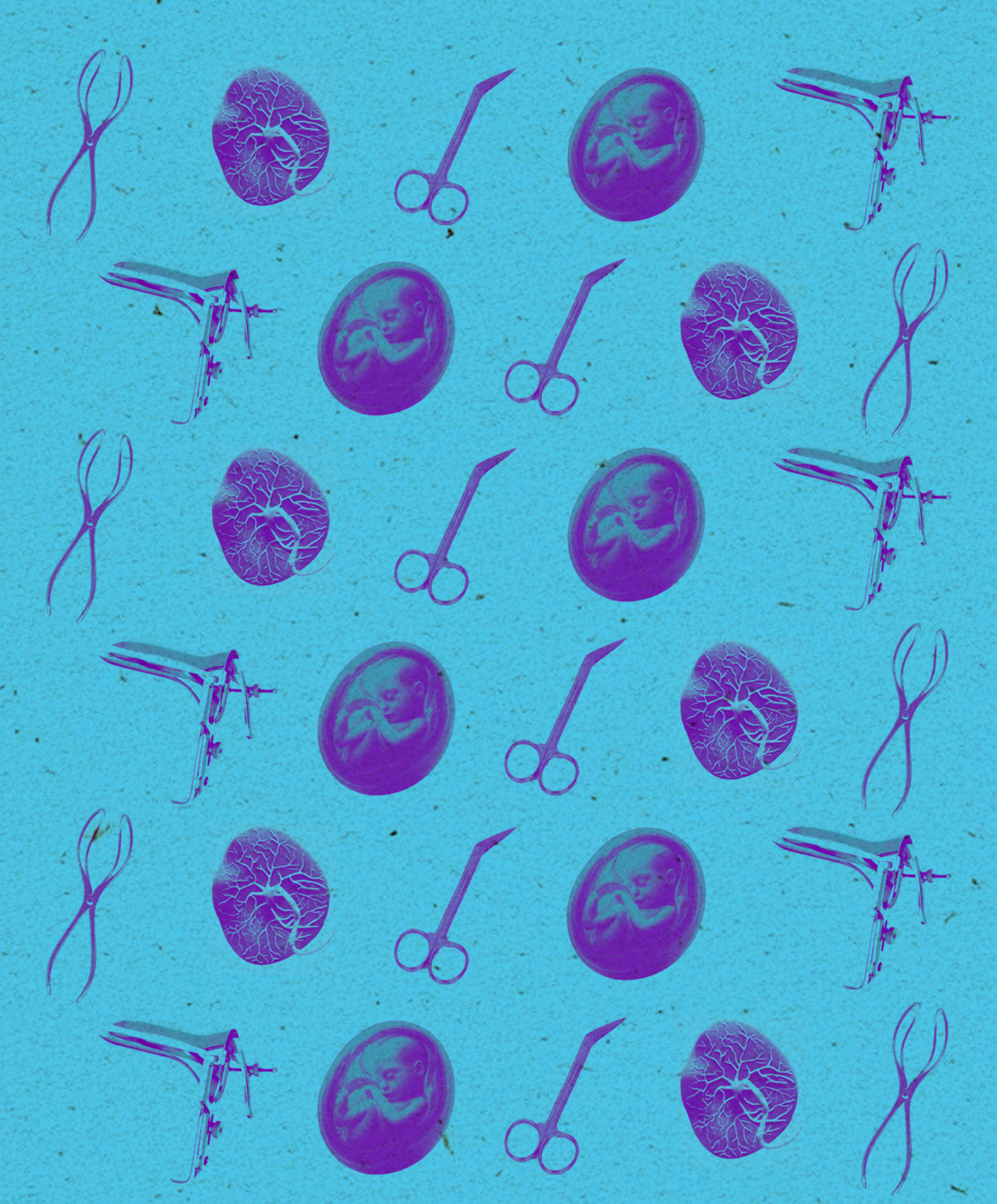
Hipótesis

1. Hipótesis:

Las mujeres que han recibido atención obstétrica en el Hospital Escuela durante un periodo de 2 meses reportan experiencias significativas de falta de comunicación efectiva y trato deshumanizado, influenciadas por la formación y prácticas institucionales prevalentes.

2. Hipótesis:

Los profesionales de la salud del Hospital Escuela poseen un conocimiento limitado y percepciones variadas sobre la violencia obstétrica, lo cual está asociado a la prevalencia de prácticas institucionales que no promueven la sensibilización y formación continua en atención respetuosa, contribuyendo a la persistencia de tales prácticas.



JUSTICIA PARA
LOS PUEBLOS
BUFETE JURÍDICO

 **iniciativa
romero**
UNA VOZ POR LA JUSTICIA



Centro
de Derechos
de Mujeres
CDM



CJDH