



Experiencias sobre

Violencia Obstétrica

Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras

Investigadora: Dra. Pavlova Polanco A.

1. Contexto y justificación

El estudio “Experiencias sobre violencia obstétrica en el Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras” se desarrolló en el marco del proyecto “Una sociedad civil fortalecida por la democracia y los derechos humanos en Honduras”, coordinado por el Centro de Derechos de Mujeres (CDM) junto con 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 apoyo del Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) de Alemania, a través de la Iniciativa Romero (ICR).

La investigación responde a la necesidad de generar evidencia sobre una problemática que afecta de manera sistemática la calidad y dignidad de la atención materna: la violencia obstétrica (VO). A pesar de los avances en salud reproductiva, esta forma de violencia —reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos— continúa invisibilizada y escasamente documentada en el contexto hondureño.

La violencia obstétrica se define como “cualquier acción u omisión por parte del personal de salud que cause daño físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto o posparto”¹. Incluye trato deshumanizado, abuso verbal, negligencia, intervenciones sin consentimiento informado o prácticas institucionales que limitan la autonomía² de las mujeres sobre su cuerpo. Aunque la Secretaría de Salud reconoce la necesidad de un enfoque de parto humanizado, aún no existe un marco normativo integral ni mecanismos de denuncia efectivos.

El Hospital Escuela, principal centro de referencia nacional y espacio de formación médica, constituye un escenario clave para el análisis de esta problemática, dado su volumen de atención y su papel formativo en la práctica obstétrica del país.

¹Figueroa-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>

²Villanueva-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>

2. Metodología y consideraciones éticas

El trabajo de campo se llevó a cabo entre abril y mayo de 2025 en el Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela. Se aplicó un diseño cualitativo, descriptivo y analítico, mediante encuestas mixtas (preguntas abiertas y cerradas) y entrevistas semiestructuradas.

La muestra estuvo compuesta por 170 mujeres puérperas inmediatas (24 horas posteriores al parto) de 18-40 años de edad que recibieron atención de parto y/o posparto en el Hospital Escuela. Las participantes fueron seleccionadas por muestreo por conveniencia, considerando diversidad geográfica, edad, tipo de parto y nivel educativo. El instrumento #1 incluyó 19 preguntas mixtas y 13 incisos de la Escala de Violencia Obstétrica validada por Cárdenas-Castro y Salinero (2021), adaptadas y validadas al contexto local en el Hospital General San Felipe.

También se entrevistaron a 62 profesionales de salud, incluyendo estudiantes de medicina, médicos generales, residentes, especialistas, licenciadas en enfermería y enfermeras auxiliares. El instrumento #2 constó de 17 preguntas mixtas.

El estudio contó con la aprobación No. 034-2025 del Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB) de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH. Se garantizó la participación voluntaria, confidencial y el anonimato de las y los participantes, la confidencialidad de los datos y la posibilidad de retiro voluntario en cualquier momento. Además, se estableció y realizó un protocolo de acompañamiento psicológico inmediato para participantes que manifestaron malestar emocional o trauma relacionado con experiencias de violencia durante su atención.

3. Principales resultados

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. La residencia mayoritariamente está en Tegucigalpa y sus alrededores, junto a zonas rurales como Intibucá, Juticalpa, Trojes y Orocuina. En cuanto al nivel educativo, la población presenta desde analfabetismo hasta formación superior, siendo la mayoría mujeres con niveles básicos de educación escolar o secundaria. La ocupación predominantemente es de trabajadoras del hogar (remuneradas y no-remuneradas), junto con la participación de estudiantes y trabajadoras independientes.

Los resultados revelan que el **72.35% de las mujeres entrevistadas experimentó alguna forma de violencia obstétrica durante su atención** (57 mujeres identificaron la violencia en cualquier etapa de la atención y 66 mujeres lo reconocieron en la Escala de Violencia). Las manifestaciones más comunes fueron:

- **El 33.33% fue violencia verbal:** gritos, insultos, comentarios humillantes o en tono burlesco.
- **El 21.33% fue violencia simbólica:** uso de lenguaje técnico inaccesible, omisión de información o invalidación de la voz de la paciente.
- **El 18.67% fue violencia institucional:** largas esperas, falta de privacidad, negación de acompañamiento familiar y exigencia de donación de sangre como requisito para atención.
- **El 14% responde a violencia psicológica:** amenazas y frases desalentadores o humillantes.
- **El restante 10.67% identificó violencia física:** exámenes dolorosos reiterativos y jalones.

Las mujeres que identificaron la violencia en un 57.3% ocurrió durante el parto, seguido de un 26.6% en el puerperio, y 16% en el control prenatal.

Solo el 26.5% de las mujeres había escuchado el término “violencia obstétrica” previamente. Se recaudaron 75 testimonios de mujeres donde describen miedo, vergüenza y resignación, reflejando la normalización del maltrato.

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 él; solo 12 mujeres respondieron que saben cómo, dónde o a quién denunciar (7.05%), mientras que 158 mujeres 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.

Desde la perspectiva del personal de salud entrevistado, 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. El 85% afirmó conocer el concepto de VO, aunque solo el 19.4% reconoció su participación en la violencia al momento de definirla. La mayoría justificó los comportamientos inapropiados como parte de la “rutina médica” o la “falta de colaboración por parte de las pacientes” lo que evidencia la naturalización de la violencia en el entorno hospitalario.

En cuanto a formación profesional, **menos del 40% del personal había recibido capacitación formal sobre parto humanizado o derechos sexuales y reproductivos.** Las actividades formativas fueron esporádicas y sin seguimiento, limitando su efecto transformador.

4. Análisis e implicaciones

Los hallazgos confirman que la violencia obstétrica no se reduce a conductas individuales, sino que está arraigada en una estructura institucional jerárquica y en una cultura médica centrada en la autoridad y la medicalización del cuerpo femenino. El sistema de atención obstétrica reproduce relaciones verticales de poder donde el personal de salud —muchas veces bajo condiciones de sobrecarga laboral y falta de recursos— mantiene prácticas que invisibilizan la autonomía y el bienestar de las pacientes.

Desde la perspectiva de la salud pública, la VO tiene consecuencias directas e indirectas:

- Deteriora la confianza institucional y desincentiva la búsqueda oportuna de atención.
- Aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por retraso en consultas.
- Genera secuelas psicológicas como ansiedad, estrés postraumático y depresión posparto.
- Reproduce estereotipos de género que subordinan la experiencia de la mujer en el proceso reproductivo.

La ausencia de protocolos hospitalarios de denuncia o sanción, junto con la falta de formación en derechos humanos, perpetúa un ciclo de impunidad y deshumanización, lo que implica que sea urgente integrar una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos en todos los niveles de atención, desde la formación universitaria hasta la gestión hospitalaria.

5. Conclusiones

- Se determinó que el porcentaje de violencia obstétrica en el Hospital Escuela durante el período de abril a mayo del 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. Esto evidencia una vulnerabilidad adicional que debe ser abordada mediante campañas de información/sensibilización y el fortalecimiento de la credibilidad y las acciones institucionales con perspectiva de género y derechos humanos.
- La violencia identificada con mayor frecuencia fue la verbal, realizada en su mayoría por doctoras, lo que muestra una necesidad urgente de sensibilización, formación y supervisión en las prácticas clínicas para garantizar un trato respetuoso y humanizado.
- Dentro de la normalización de la violencia obstétrica en la población estudiada, 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 de las/los profesionales de salud son “normal”, lo que lleva a que muchas mujeres no las reconozcan como violencia.
- La percepción de las/los profesionales de 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 intervenidas para garantizar condiciones dignas y seguras para las mujeres en todos los niveles de atención.

6. Recomendaciones

1. Implementar talleres periódicos sobre trato humanizado y comunicación empática para todo el personal de salud, especialmente en el marco de 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 ginecobstétricas, 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, monitoreen 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.

- 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”.

Algunos Relatos:

“Me gritó que no gritara”

Yo gritaba del dolor y la doctora me dijo que si había abierto las piernas para tenerlo, ahora aguantara. Sentí vergüenza. En ese momento solo quería que todo terminara. No me dejaron tener a mi mamá conmigo ni preguntar nada. Me trataron como si no tuviera derecho a sentir.”

“No sabía lo que me estaban haciendo”

“Sentí que me tocaban, que hacían cosas, pero nadie me dijo qué era. Solo vi que estaban cortando y me dolía. Después supe que me habían hecho una episiotomía. Nadie me pidió permiso. Cuando pregunté, una enfermera dijo que eso era normal.”

“No me dejaban ver a mi bebé”

“Mi hijo nació y se lo llevaron sin decirme nada. Pregunté si estaba bien y nadie me contestó. Lloré porque pensé que se había muerto. Lo vi hasta el día siguiente. Nadie me explicó por qué.”

Si quieres leer la investigación completa, escanea el código QR o accede a través de derechosdelamujer.org

