



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

“VIOLENCIA OBSTÉTRICA, PERCEPCIONES DE MÉDICOS
PASANTES DEL SERVICIO SOCIAL EN MÉXICO.”

INFORME DE SERVICIO SOCIAL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

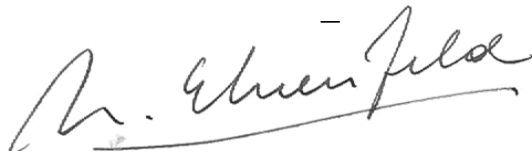
EDGAR ALDO PÉREZ CONTRERAS
MATRICULA: 2162031827

ASESORA:
DRA. NOEMI EHRENFELD LENKIEWICZ

PERIODO DE SERVICIO: 1 DE FEBRERO 2022 AL 31 DE ENERO 2023

FECHA DE ENTREGA: ENERO, 2023

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dra. Noemi Ehrenfeld Lenkiewicz', written in a cursive style. The signature is positioned above a horizontal line.

ASESOR INTERNO
DRA. NOEMI EHRENFELD LENKIEWICZ

El servicio social se realizó en la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco (UAM) en el período de 1 de febrero 2022 al 31 de enero 2023 por medio del proyecto universitario: “El desafío de las sexualidades juveniles, género y prácticas de salud reproductiva en estudiantes de la UAM-Xochimilco” donde se realizaron las siguientes actividades:

- Apoyo en la difusión del proyecto en la UAM-X
- Repartición de métodos anticonceptivos de barrera (condones masculinos y femeninos) a la comunidad de la UAM-X
- Aplicación del formulario “*solicitud de preservativos*”
- Ingreso de los resultados obtenidos en la base de datos
- Apoyo en el análisis de datos
- Apoyo en la elaboración del proyecto de investigación denominado “*Violencia Obstétrica, percepciones de médicos pasantes del servicio social en México.*”
- Participación en la elaboración y aplicación de la encuesta para el proyecto “*Violencia Obstétrica, percepciones de médicos pasantes del servicio social en México.*”
- Participación en la recopilación de los resultados obtenidos para el proyecto “*Violencia Obstétrica, percepciones de médicos pasantes del servicio social en México.*”
- Participación en el apoyo en el análisis de resultados para el proyecto “*Violencia Obstétrica, percepciones de médicos pasantes del servicio social en México.*”

“VIOLENCIA OBSTÉTRICA, PERCEPCIONES DE MÉDICOS PASANTES DEL SERVICIO SOCIAL EN MÉXICO.”

MPSS: Edgar Pérez Contreras Asesora: Dra. Noemi Ehrenfeld Lenkiewicz

Introducción

La violencia obstétrica es un fenómeno preocupante que involucra un aspecto institucional, ético y profesional el cual tiene un especial impacto en los derechos de las mujeres. Es un problema a nivel global que afecta a mujeres de todas las culturas y niveles socioeconómicos, siendo un problema que compete a toda la sociedad, el cual se ve limitado por la percepción cultural que se tiene sobre la mujer, el rol tradicional que se le da en la sociedad y la concepción que se tiene sobre el ejercicio de su sexualidad lo que favorece que este problema no sea fácil de reconocer por la sociedad (Ortega, 2018).

En las últimas décadas el estudio sobre la violencia obstétrica ha cobrado mayor importancia, se han realizado estudios en diferentes países para lograr evidenciar el impacto que tiene en la sociedad y tratar de esclarecer la cantidad de mujeres que han presentado este tipo de violencia, sin embargo, todavía queda una gran brecha por estudiar, para abordar correctamente este problema.

Son pocos los artículos que hablan de violencia obstétrica desde una perspectiva médica. En este artículo busca obtener la perspectiva que tienen los médicos pasantes respecto a la violencia obstétrica, tratar de conocer, si son capaces de identificar las actitudes que se consideran violencia y entender la formación académica que tienen sobre este tema.

Antecedentes

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia hacia la mujer la cual es ejercida por el personal de la salud (GIRE, 2021). Esta forma de violencia es un problema que se ha ido desarrollando desde la instauración del parto como un acto médico (Quattrocchi y Magnone, 2020). La medicalización fue un proceso que beneficiaron aspectos sobre natalidad y la mortalidad materno-fetal, sin embargo, esto trajo consigo situaciones de autoritarismo, degradación de la mujer manifestaciones de violencia mediante acciones físicas, verbales y psicológicas de parte del personal de atención a la salud en contra de la paciente.

La violencia obstétrica es un problema a nivel mundial, en Latinoamérica los primeros estudios se remontan a los años ochenta los cuales, realizados por Castro y Erviti (Castro y Erviti, 2014) quienes analizaron aspectos de la violencia en el embarazo; posteriormente en diversos países se publicaron diversas investigaciones, en 1998, el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa

de los Derechos de la Mujer publicó un reporte sobre los abusos vividos por las mujeres en la atención del nacimiento en Perú (CLADEM y CRLP, 1998). Investigadores y autores como D'Oliveira, Diniz, Castro, Erviti, Sadler, publicaban investigaciones reportando la violencia que se daba durante el trabajo de parto violando los derechos de las mujeres, siendo importantes pioneros en el tema. En 1979 se adoptó la *Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (CEDAW), por la Asamblea General de las Naciones Unidas, siendo el segundo instrumento internacional más ratificado por los Estados Miembro de la Organización de las Naciones Unidas con 189 ratificaciones, lo que lo convierte en un importante mandato internacional (ONUMUJERES, 2016). Siendo la piedra angular de las políticas de igualdad de género y del trabajo de ONU Mujeres, en esta se establece que:

Los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia

Fue hasta el año 2007 cuando Venezuela incluyó el concepto de violencia obstétrica en su Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en el artículo 15, en donde menciona:

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, 2007)

Siendo el primer país en incluir el término de violencia obstétrica a sus leyes y ser el primer país en reconocerlo como un problema que afecta a la mujer. En el año 2009, Argentina incluyó el término de *violencia obstétrica* dentro de la "*Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia a las Mujeres*" (Ley 25.929, 2009).

En el año 2010 se propusieron categorías para establecer una clasificación en siete grupos sobre las formas de abuso existentes en violencia obstétrica (Bowser & Hill, 2010) posteriormente Freedman y colaboradores (Freedman, et al., 2014) argumentaron que esas categorías no diferenciaban adecuadamente entre las formas de abuso que emanan de conductas individuales y aquellas que derivan de deficiencias de los sistemas de salud. Es por esta razón que una definición de violencia obstétrica es crucial para mantener la perspectiva de género que debe guiar la investigación, mientras que los indicadores sugeridos en la literatura sobre abuso en la atención del parto pueden guiar los estudios empíricos. (Bohren, et al. 2018)

En el año 2018, se publicó un estudio transversal observacional realizado en Perú basado en las categorías propuestas por *Bowser & Hill* encontrado que la mayoría de las participantes (97,4%) habían experimentado al menos una categoría de falta de respeto y abuso durante la atención del parto, que se asoció con el tipo de parto, la derivación y la región geográfica. (Montesinos, et al., 2018)

Se han creado propuestas y se han intentado establecer normas u recomendación para tratar de mitigar este problema, un claro ejemplo de esto es la declaración: “*Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*” emitida en el año 2014 por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), en donde se enfatiza que:

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos. (OMS, 2014)

En esta declaración la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace notar la falta de un organismo internacional para establecer una definición adecuada ya que siendo un concepto amplio se necesita una regulación adecuada para establecer todos los aspectos que conlleva y no solo delimitarla a acciones físicas, sino también se incluya la violencia verbal, psicológica y sexual así como la discriminación social, la negligencia en la atención de la salud y el uso indebido de procedimientos y tecnologías por parte de los profesionales de la salud. (Mena-Tudela, et. al., 2021). La OMS también hace referencia a la falta de algún modelo para realizar una medición adecuada de la prevalencia, dejando en claro que:

“...se desconocen su prevalencia e impacto en la salud, el bienestar y elecciones de las mujeres” (OMS, 2014), lo que demuestra la falta de respuesta y/o de interés por parte las naciones para la resolución de este problema En este documento la OMS establece 5 acciones que los gobiernos debe de seguir para lograr prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto.

Este documento fue un antecedente para que se presentara el informe: “*Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*” el cual fue publicado en julio de 2019 por la Organización de la Naciones Unidas (ONU, 2019), en donde se reconoce por primera vez a nivel mundial la existencia y la gravedad de la violencia obstétrica, también proporciona recomendaciones a los gobiernos para mitigar esta problemática.

Panorama en México

El estudio de la violencia obstétrica en México se remonta desde los años 80, sin embargo, las leyes y/normas que actúen en contra de este problema han quedado en segundo plano. México la ratifico en 1981 la CEDAW, sin embargo, fue hasta el

año de 2007 que la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión legislo y se promulgo la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* (LGAMVLV), la cual proporciona directrices hacia la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra la mujer, sin embargo el termino de *violencia obstétrica* no se contempla en la ley (DOF, 2021) , es por ello que varias organizaciones o grupos como el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) han propuesto la integración como un punto independiente para lograr adoptar de un forma adecuada el termino de *violencia obstétrica* en el cual estén incluidos los siguientes elementos:

- *Que la violencia obstétrica puede cometerse tanto por acciones como por omisiones*
- *Que tiene lugar en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio*
- *Que puede expresarse en un trato cruel, inhumano o degradante hacia las mujeres y otras personas con capacidad de gestar así como en un abuso de medicalización de los procesos naturales*
- *Que tiene como resultado la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre las distintas etapas del embarazo, trabajo de parto, alumbramiento y nacimiento*
- *Que la violencia obstétrica es un problema estructural, que va más allá de actitudes individuales.* (GIRE, 2021)

El 15 de marzo del 2022 la Cámara de Diputados aprobó, en lo general y en lo particular, reformas a las “Ley General de Salud y de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, lo cual consiste en reformar los artículos 61, fracción I, y 62, así como la reforma el artículo 46, fracciones I y XI, para adicionar un capítulo *Quáter* denominado “De la Violencia Obstétrica”. Estas reformas tienen el objetivo de reconocer a la violencia obstétrica como un tipo de violencia específico contra las mujeres. Este dictamen actualmente se encuentra en el senado para su discusión y su aprobación.

Actualmente se han establecido normas para tratar de erradicar la violencia obstétrica y en los diferentes estados de la república el termino de *violencia obstétrica* ha sido incluido dentro de sus leyes estatales, los primeros estados en realizar esto fueron el estado de Veracruz en el 2007 y posteriormente Chiapas en el 2008; hoy en día, alrededor de 28 estados contemplan este término como un tipo de violencia específico a la mujer embarazada, son los estados de Michoacán, Jalisco, Tabasco los que no contemplan esta violencia. Si bien esto es un paso importante para el reconocimiento del problema, no parece ser la solución de este, ya que para llevar a cabo un verdadero cambio se debe de mejorar aspectos del sistema de salud en todos su niveles de atención. Además de aportar una definición adecuada en el panorama general de reconocer la violencia obstétrica, esta debe de ir ligada a una resolución (GIRE, 2021).

La Secretaría de Salud (SS) a través de las Normas Oficiales Mexicanas¹ buscar regular y proporcionar una adecuada atención a la mujer esto a partir de la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-2016): *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”* que establece:

“La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.” (Nom-007-SSA2, 2016)

La norma trata de ser un referente para poder aplicar una adecuada practica a la atención de la mujer embarazada, sin embargo, en algunos puntos no alcanza a cubrir la necesidad para minimizar las faltas ocasionadas.

En México, la violencia obstétrica ha sido investigada principalmente desde un punto de vista cualitativo para determinar su concurrencia en las salas de trabajo de parto y parto, documentar las actitudes autoritarias del personal de salud de obstetricia y ginecología. (Castro y Frías, 2020) Por lo que es difícil contar con cifras exactas de las mujeres que han sufrido violencia obstétrica. Algunas instituciones reportan datos sobre violencia obstétrica vividas por las paciente, sin embargo, los valores parecen ser subestimados en comparación con estudios de investigación.

Las instituciones como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en el año 2021 reporto 43 quejas sobre temas obstétricos. Los reportes oficiales de la Comisión muestran que los servicios de ginecología y obstetricia ocupan uno de los tres primeros lugares en especialidades que reciben quejas anualmente (CONAMED, 2014). Entre los principales motivos por los cuales las mujeres se quejan ante la CONAMED están el tratamiento quirúrgico y, en segundo lugar, la relación médico paciente; en esta última se incluye la falta de información que el personal médico da a la mujer sobre su estado de salud, la información errónea y el maltrato por parte del personal médico. (GIRE, 2021) En la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) se han registraron 35 recomendaciones en el periodo 2018-2022, relacionados con el tema de violencia obstétrica. En este aspecto las quejas son un precedente pero no siempre llegan a una resolución, por lo que no se replantea un cambio verdadero.

La primer encuesta en introducir la valoración de la atención obstétrica fue la “Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares” (ENDIREH, 2016), la cual se elaboró en 2016 y se publicó los resultados en 2017 en donde se median las dinámicas de las relaciones que presentan las mujeres en distintos ambientes de su vida con el fin de dar a conocer aspectos de violencia que puedan presentar en su entorno. Ha sido un importante parámetro ya que cuenta con representatividad nacional.

¹ La Normas Oficiales Mexicanas: son regulaciones técnicas de observancia obligatoria expedidas por las dependencias competentes, que tienen como finalidad establecer las características que deben reunir los procesos o servicios cuando estos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana; así como aquellas relativas a terminología y las que se refieran a su cumplimiento y aplicación.

Los últimos resultados obtenidos reportaron que el 31.4% de las mujeres de 15 a 49 años han experimentado algún tipo de maltrato por parte de quienes atendieron su trabajo de parto. (ENDIREH, 2021).

Aspecto médicos

Dentro del tema de violencia obstétrica un punto de interés es tratar de entender las causas por las que se generan estas conductas por parte del personal médico lo que ha dado pauta a la elaboración de análisis para valorar si factores como el contacto constante con situaciones emocionales así como la exposición continua al dolor y el sufrimiento de las personas que los rodean, así como la muerte en la práctica profesional cotidiana generan un punto de indiferencia frente al dolor humano, generando una actitud distante ante los pacientes, lo que lo lleva a realizar estos actos de violencia ante la mujer (Sesia, 2020). Así creando una barrera con el paciente o volviéndolo una situación ajena a su persona, generando un distanciamiento.

En otro aspecto Castro propone el termino de *habitus médico* como el conjunto de habilidades y enseñanzas adquiridas durante la formación que reciben en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza (Castro, 2014). Al mismo tiempo, dichos conocimientos adquiridos se recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y engendran todas las conductas profesionales, fuera de un aspecto de género, se hace alusión a la formación que tienen los estudiantes de medicina al encontrarse con situaciones de jerarquización, autoritarismo en donde se aprende a vivir de ese modo, por lo que en situaciones como comenta es normal que se internalice y se lleve a cabo en la práctica con el paciente. (Santiago et al., 2018)

El estudio de la violencia obstétrica se debe extender más allá de la relación profesionales de la salud-pacientes, se debe entender como una violencia que se aborda desde un punto institucional, en donde se ha aprobado y normalizado por dejando todo el cargo en el medico e ignorando que el sistema de salud también tienen una responsabilidad de hacer cumplir los derechos, por lo que la acción de castigar al médico no es válida si no se realiza un reestructuración del servicio de salud, se dejando de lado la interacción que no se da en un vacío social, sino que está íntimamente ligada a expresiones de violencia estructural e institucional que han sido legitimadas y normalizadas en el ámbito de la salud (Santiago et al., 2018).

El sistema público de salud en México reconoce a los pacientes como receptores de atención y no como sujetos con derechos, cuando ocurre una violación a esos derechos (Sesia, 2020).

En este estudio se han identificado pocos los estudios enfocados al conocimiento que tienen los médicos sobre violencia obstétrica. Es necesario tratar de esclarecer estos comportamientos que se basan una en una existencia previa vínculo

estructural entre la educación general recibida por los estudiantes de medicina y los rasgos autoritarios que eventualmente exhiben en su práctica profesional.

Un estudio realizado en comparación con estudiante de medicina en dos países con condiciones socio-económicas muy distintas (India y Reino Unido) encontró que los dos grupos de estudio pudieron identificar comportamientos asociados con la violencia obstétrica una vez que se les presentó la definición y se les otorgó información visual sobre los tipos de violencia obstétrica que se pueden presentar, ya que previo a esto, eran pocos los que conocían el término de *violencia obstétrica* o estaban relacionados con ello. El conocimiento de este tipo de violencia puede deberse a razones culturales, la mayor participación un mayor número de estudiantes varones, una mayor exposición a la violencia obstétrica o una menor capacitación en conductas profesionales dependiendo de los países (Gray et al., 2021).

Para entender un poco más la formación académica que lleva a cabo un médico, nos enfocaremos en el plan de estudios que se lleva a cabo en la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco (UAM-X) en donde el plan de estudios de la carrera de medicina corresponde a 15 trimestres que corresponden a 4 años de enseñanza universitaria, así como el comienzo de prácticas médicas en instituciones hospitalarias, un año (el cual corresponde a los últimos tres trimestres) en donde se cursan en el Internado Médico de Pregrado el cual tiene una duración de 12 meses siendo de carácter obligatorio.

El Internado Médico de Pregrado es un proceso académico en el cual el estudiante de medicina es enviado a instituciones hospitalarias de carácter público o privado para llevar a cabo un aprendizaje práctico de los conocimientos que se adquirieron durante el transcurso de la carrera, es de carácter obligatorio, teniendo que ser acreditado por el estudiante para poder realizar el servicio social y la titulación. Por tanto podemos entender por Médico Interno de pregrado (MIP) *“al alumno a quien la Facultad o Escuela de Medicina de donde procede, considere que ha concluido los ciclos escolares exigidos y que ingresa a las Unidades de Salud para su educación y adiestramiento en servicio (DOF-1982- 20–24).*

Una vez finalizado y acreditado el internado médico, el alumno debe cursar un año de servicio social el cual se encuentra estipulado en la ley reglamentaria del artículo 5o. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en la ciudad de México (Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, 2018), el *servicio social* los podemos definir como: *“...el conjunto de actividades realizadas por los alumnos o egresados de la Universidad en beneficio de la sociedad y el Estado. El cumplimiento del servicio social es obligatorio y deberá ser realizado como requisito previo para obtener el título de licenciatura”* (UAM, 2022). En este proceso el médico en formación es enviado a diferentes instituciones de salud las cuales son acordadas por las instituciones educativas y las instituciones de salud en ellas se llevará a cabo prácticas que complementan su formación académica.

Siguiendo la jerarquización generada en el ámbito médico, el médico que se encuentra realizando su servicio social (médico pasante del servicio social o MPSS) tiene un mayor “rango”, así como mayor responsabilidad y en teoría mayor conocimiento que un médico que se encuentra realizando su internado médico (médico interno de pregrado o MIP). Para referirnos a un médico que ya paso por este proceso pero se encuentra realizando su especialidad, se le conoce como “residente” y dependiendo el año que curse se le asigna número. El médico adscrito en este caso es considerado el de mayor “rango” siendo ya que paso y finalizo el proceso de preparación que se mencionó anteriormente, siendo el responsable de la enseñanza y preparación de los médicos en formación.

Metodología

Cuestionario: Se realizó un cuestionario de 39 reactivos el cual está conformado con preguntas abiertas y cerradas. Puntos que se abordan: aspectos sobre violencia obstétrica como la definición; los tipos de violencia obstétrica ejercida en prácticas médicas; el uso de maniobras durante el trabajo de parto; la información otorgada a los pacientes; el ofrecimiento de métodos anticonceptivos; el uso de analgesia durante el trabajo de parto; la formación académica sobre violencia obstétrica; el conocimiento sobre leyes o normas sobre violencia obstétrica. El cuestionario fue elaborado y se ingresó en la plataforma virtual de *Google Forms*, se envió por correo a los participantes.

Población objetivo: Se incluyeron a 88 Médicos Pasantes del Servicio Social (MPSS) de la UAM-X los cuales habían iniciado su servicio social en el año 2022. Es importante destacar, que tomando estos criterios, los entrevistados cursaron su internado durante la pandemia ocasionada por el virus SARS-COV2. Se excluyeron a los participantes que no aceptaron el consentimiento de información, así como los cuestionarios que se encontraran incompletos o que no hayan respondido el cuestionario.

Objetivos:

Objetivo principal:

- Explorar la percepción que tienen los médicos pasantes del servicio social de la Universidad Autónoma Metropolitana y sus observaciones durante sus prácticas médicas de internado la sobre la violencia obstétrica.

Objetivos específicos:

- Elaborar un cuestionario que permita conocer las experiencias de los médicos pasantes del servicio social sobre violencia obstétrica observada durante sus prácticas gineco-obstétricas.
- Identificar los tipos de violencia que se ejercen en las instituciones por las que rotan los médicos pasantes del servicio social durante su formación profesional.
- Identificar la falta de información y conocimiento acerca de la violencia sobre violencia obstétrica en los médicos pasantes del servicio social.

- Identificar la carencia sobre violencia obstétrica en la formación académica modular en la carrera de medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco.

Resultados

En el análisis de los resultados (88 respuestas) se obtuvo que el 51.14% de los resultados son hombres y el 48.86% son mujeres. La edad de los participantes se centra principalmente entre los 24 y 25 años representando el 68.18%.

Grafica 1 Médicos pasantes del servicio social por grupo de edad



Tabla 1: Instituciones donde los MPPS realizaron prácticas de internado médico

Instituciones donde los MPPS realizaron prácticas de internado médico	Porcentaje de MPPS
IMSS	38.64%
Privado	28.41%
Secretaría de Salud	11.36%
ISSSTE	10.23%
Hospitales Federales de Referencia	9.09%
Institutos nacionales (tercer nivel)	2.27%

En los resultados obtenidos se encontró que 7 de cada 10 médicos pasantes del servicio social realizaron sus prácticas gineco-obstétricas en instituciones de carácter público, siendo estas las de mayor porcentaje las practicas realizadas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

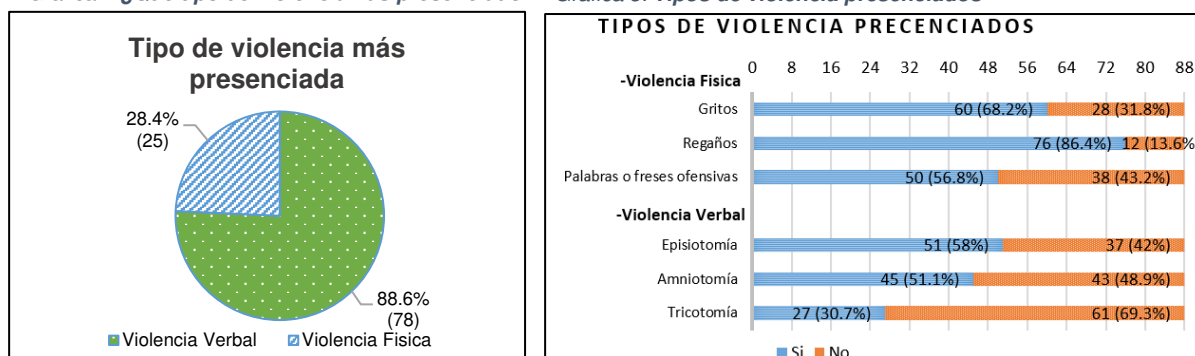
Las prácticas de internado se llevan a cabo en instituciones de salud que cuenten con los servicios necesarios para reafirmar sus conocimientos adquiridos, ya que la mayoría de estas instituciones son de segundo nivel de atención a la salud². La elección de la institución en donde se realizarán las prácticas de internado son presentadas por la institución educativa, la cual es la encargada de realizar convenios con las instituciones de salud pertinentes (DOF-1982, 20–24).

Es importante conocer el hospital donde se realizaron las practicas ya que algunos análisis como de los datos obtenidos de la ENDIREH 2016 se observó que las mujeres que recibieron atención en los servicios públicos de salud corren invariablemente un mayor riesgo de sufrir violencia y abuso obstétrico en comparación con las que dan a luz en un centro u hospital privado. (Castro y Frías 2020)

² En el segundo nivel de atención a la salud se proporciona consulta externa y/o hospitalización en 4 especialidades básicas (cirugía general, medicina interna, gineco-obstetricia y pediatria)

Dentro del cuestionario se preguntó a los MPSS: “¿qué entiendes por violencia obstétrica?” de las cuales se obtuvieron 88 respuestas, en las respuestas se utilizan términos como: “violación...”, “maltrato...”, “agresión...” o “daño...”. A la mujer embarazada. En 28 definiciones se abordan cuestiones relacionadas con los tipos de violencia que se pueden llegar a suscitar (violencia física, verbal y psicológica). Solo en 24 de las respuestas obtenidas se hace mención que este tipo de violencia es ejercida principalmente por el personal de la salud a la mujer que se encuentra embarazada, en trabajo de parto o en puerperio. 35 respuestas no hace alusión a ninguna de estas características, que se consideran importantes dentro de la definición de violencia obstétrica (tipos de violencia y personas involucradas) dando,

Grafica 2 ¿Qué tipo de violencia has presenciado? Grafica 3: Tipos de violencia presenciados



En los resultados obtenidos 9 de cada 10 médicos pasantes refiere haber presenciado algún tipo de violencia hacia las mujeres que se encontraban en trabajo de parto, siendo la violencia verbal la más percibida con un 88.6% en comparación con la violencia física que representa un 28.4% esto puede deberse a que es más fácil reconocer una agresión verbal por parte de los estudiantes.

En la *gráfica 3* se desglosa las prácticas de violencia más frecuentes que se podían visualizar durante la atención de parto siendo *los regaños* con un 86.4% seguido de *los gritos* con un 68.2% y por ultimo las *palabras o frases ofensivas* con un 56.8%. Estos datos se relacionan con los resultados obtenidos de la encuesta ENDIREH 2021 (INEGI, 2022) en donde se reportó una mayor incidencia de recibir *gritos y regaños* por parte del personal de salud, esto puede deberse a que la violencia verbal es ejercida por todo el personal de salud (enfermeras, doctores, residentes, internos, medico pasantes), en comparación con la realización de maniobras que solo las pueden realizar los médicos que estén autorizados para la atención del parto.

La violencia física tiene una menor percepción en comparación la violencia verbal, podemos observar que la realización maniobras especialmente en la realización de *episiotomía*³ *sin el consentimiento de las pacientes o sin otorgar información* es de las más percibidas con un 58%, seguida de la *amniotomía*⁴ con un 51.1% y por

³ Episiotomía; incisión del periné en el momento del parto, existiendo varias técnicas entre las más utilizadas: media lateral y media.

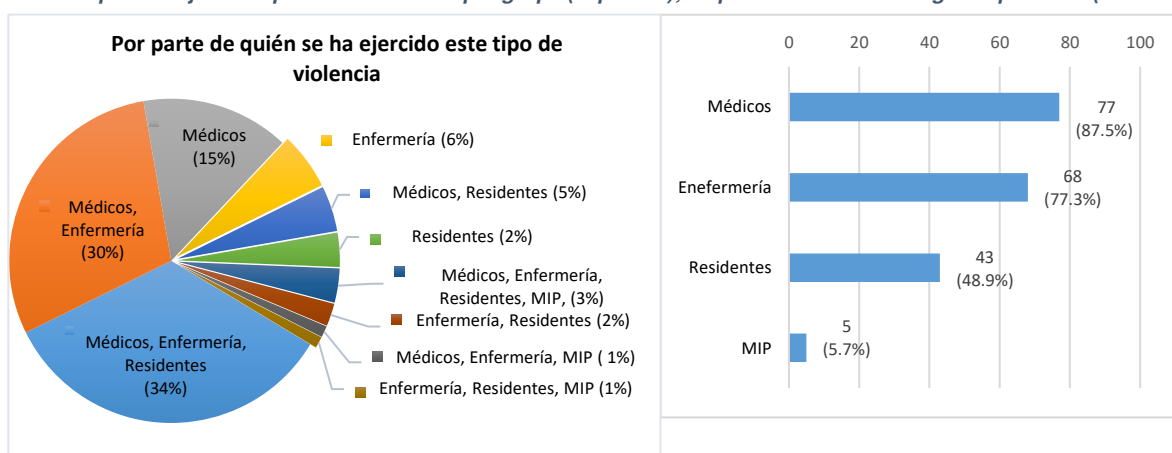
⁴ Amniotomía: intervención médica para producir la ruptura artificial de las membranas amnióticas.

último la tricotomía⁵ con un 30.7%. Además de ser procedimientos que se realizan solo en condiciones que lo ameriten, la realización de estas maniobras sin otorgar información u obtener el consentimiento de la paciente representa una clara violación a lo establecido por la NOM-007-SSA2-2016, en donde se comenta que al realizar algún procedimiento o maniobra se debe de solicitar la autorización y otorgar conocimiento de los procedimientos a realizar a las pacientes.

En las recomendaciones de la OMS: “Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva” (OMS, 2018), se hace referencia a los aspectos de comunicación afectiva con la paciente en donde se comenta que:

“Asegurarse de que se expliquen a la mujer los procedimientos y de que se obtenga de ella un consentimiento fundamentado verbal y cuando sea apropiado por escrito, para los tactos vaginales y otros procedimientos.” (OMS, 2018).

Grafica 4 porcentaje de respuestas obtenidas por grupo (izquierda); respuestas obtenidas según el personal (derecha)



Dentro de la percepción de quienes son los que ejercen este tipo de violencia podemos observar que no es exclusivamente de médicos, sino también del personal de enfermería, siendo esta una práctica que se desarrolla en conjunto por el personal de salud habiendo una cierta complicidad para efectuar estas acciones. También se puede observar un aumento en la incidencia de violencia cuando hay un mayor “grado de autoridad” en el ámbito médico. Dentro de los resultados podemos comprobar esto los MPSS respondieron que el grupo de “médicos enfermería y residentes” fueron los que más ejercían la violencia con un 34% seguido solo de personal que corresponde a “médicos y enfermería” con un 30%. Aunque es una acción en conjunto, podemos observar el 87.5% de las respuestas obtenidas mencionan que la violencia es ejercida por médicos, seguido del personal de enfermería con un 77.3%.

⁵ Tricotomía: practica que consiste en el rasurado del vello púbico durante el trabajo de parto.

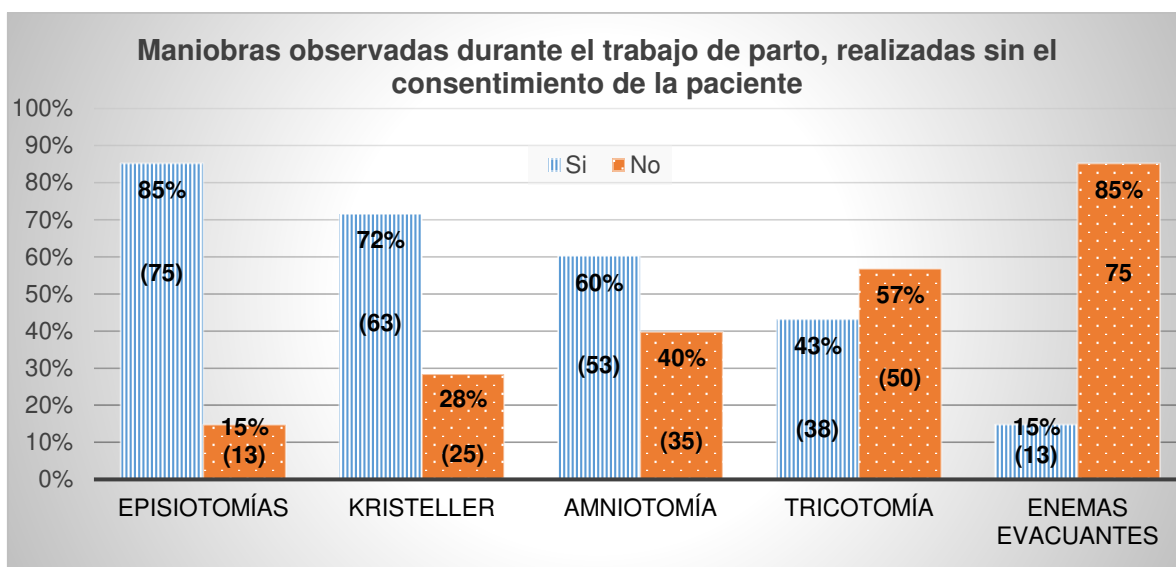
Tabla 1: Términos más utilizados para referirse a la paciente

Términos más utilizados	Resultado
Madre, madrecita, mamita	61.33%
Madre u otro termino	14.67%
Señora o madre	14.67%
Hija, “mija” o madre	5.33%
Adjetivos (Chiquilla, mujercita)	2.67%
Por cama o por procedimiento	1.33%
Total	100.00%

Durante la atención que se le brinda a un paciente debe de ser de forma respetuosa, llamando a las personas por sus nombres, sin embargo, esta práctica se ha ido desvirtuando, refiriéndose a las pacientes con “apodos” o “sobrenombres” también se utilizan términos que infantilizan a la paciente, siendo una práctica habitual en el ámbito de la atención al parto

En los resultados obtenidos se encontró que el 15% de los MPSS niegan el uso de estos términos, respondiendo que su uso no estaba permitido solo se podían referir a las pacientes por su nombres. Al resto de los MPSS se les pregunto sobre los términos más comunes que habían escuchado obteniendo que el 96% de ellos han escuchado al personal de salud referirse a las pacientes con los términos “*Madre, madrecita, mamacita, mamita o mami*”, siendo este el termino más utilizado; otro termino común con es el de “señora” el cual no es un término inapropiado, sin embargo, lo ideal sería llamar a las pacientes por su nombre; en la categoría de “madre u otro término” que representa un 14.67%, se encuentran términos utilizados con poca frecuencia que no se repitiera, en el entran los términos que denotan una infantilización “*corazón, reina, mi amor, bebecito*”; el uso términos que denoten alguna característica en forma de burla es un aspecto que si bien se da poco, esto no debería de darse en ningún ambiente, mucho menos en la relación médico-paciente. dentro de estas respuestas se obtuvieron con términos ofensivos como “*loca*”, “*gorda*”, “*panzona*”.

Grafica 5 ¿Has observado que se realicen alguna de estas maniobras durante el trabajo de parto, sin el consentimiento de la paciente?



Con los resultados obtenidos del cuestionario, se observa que el 85% de los MPSS han observado la realización de episiotomías sin información y sin el consentimiento de la paciente, siendo el método más frecuente. En los resultados también destaca que todos los participantes han presenciado por lo menos en algún momento de su práctica médica la realización de alguna de estas maniobras, 8 de cada 10 observaron la realización de la episiotomía,

Durante la atención de la segunda fase activa de trabajo de parto existen maniobras que se realizan para tratar de “ayudar” al nacimiento (Quattrocchi, 2020). Sin embargo, la utilización de estas maniobras tiene indicaciones muy específicas y no se recomienda su utilización de rutina.

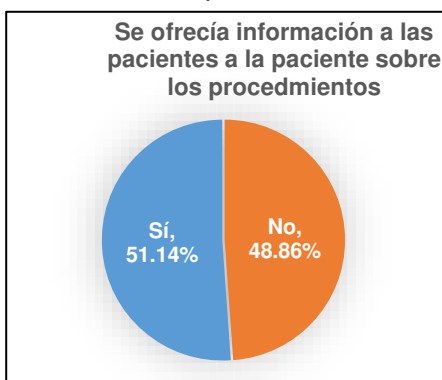
En la NOM-007-SSA2-2016 en su apartado 5.5.9, menciona que:

“A la recepción de la embarazada en trabajo de parto, la tricotomía vulvo-perineal y la aplicación de enema evacuante, no serán de aplicación obligatoria, excepto en los casos que por indicación médica así se requiera. Asimismo, se debe reducir el número de tactos vaginales. En todo caso, la mujer debe ser informada previamente y debe existir nota médica en el expediente clínico...”(NOM-007 2016)

Para la realización de las maniobras debe existir una indicación médica específica para ello el médico debe de tener un respaldo que se encuentre basado en evidencia científica para poder valorar los riesgos y beneficios sobre la realización de estas, por lo que se crearon las Guías de Práctica Clínica (GPC), las cuales sirven de respaldo y favorecer la toma de decisiones del clínicas por parte del personal médico.⁶

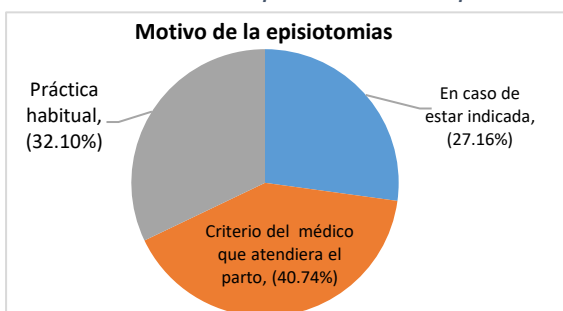
⁶ Definición obtenida de http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/Transparencia/transparencia_focalizadagpc_gob.html

Grafica 6 *Porcentaje sobre los pacientes que recibían Información a la paciente sobre los beneficios de realizar procedimientos maniobras*

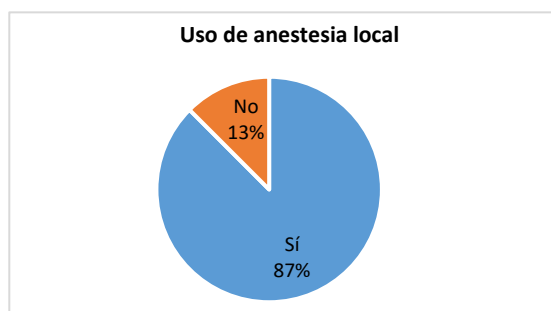


En los resultados obtenidos solo el 51.4% observo que se daba beneficios de las maniobra a las pacientes en comparación con el 48,86% que mencionan que no se informaba a las pacientes.

Grafica 7 *frecuencia con la que se realizaban las episiotomías*



Grafica 8 *Uso de anestesia local durante la episiotomía*



El uso de la episiotomía debe ser de manera selectiva en caso de tener una indicación, solo 27.16% respondió que esta “solo se realizaba en caso de estar indicada”, se obtuvo que el 40.74% de las episiotomías realizadas “dependían del criterio del médico que atendiera el parto” y un 32.10% menciona que “eran práctica habitual”.

Si bien en los últimos años se han dejado en desuso algunas maniobras como los enemas evacuantes, otras siguen siendo de uso rutinario como la episiotomía. Aunque diversos estudios han comprobado el uso de la episiotomía reduce la incidencia de desgarros (Jiang et al., 2017), la utilización debe de ser aplicada a pacientes con criterios específicos. En una revisión sistemática de Cochrane que incluyó 11 estudios controlados aleatorizados (ECA) en una población de 6,177 mujeres, se evaluó los efectos de la realización de episiotomía selectiva (“solo si es necesario”) en comparación con episiotomía de rutina (“parte del control de rutina”) en mujeres con parto vaginal. Este estudio mostró que el uso de la episiotomía selectiva se asoció con experiencia 30% menor de trauma perineal y/o vaginal grave.

En relación con la realización de episiotomías la NOM-007-SSA2-2016 en el inciso 5.5.9 menciona que:

“...se recomienda realizar episiotomía de manera **selectiva** dependiendo de la valoración clínica”.

Para ello la GPC: “Vigilancia y atención amigable en el trabajo de Parto En Embarazo De Bajo Riesgo” (CENETEC, 2019) menciona que:

“No se recomienda realizar episiotomía rutinaria en mujeres sanas con trabajo de parto espontáneo...”

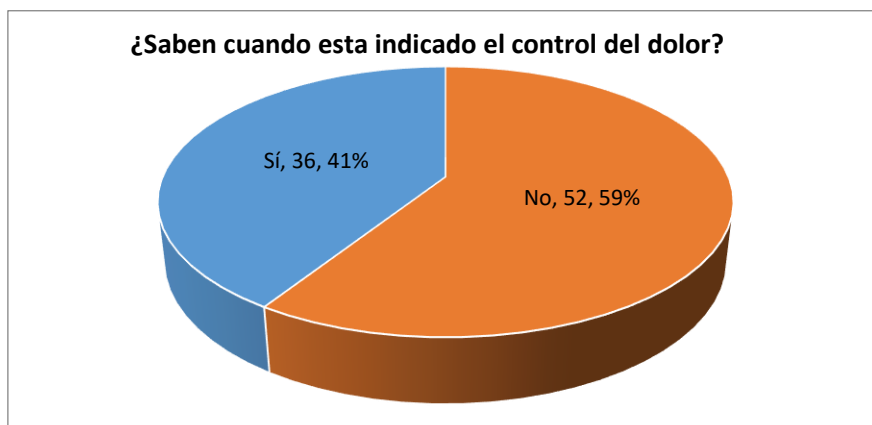
Por lo que su uso no debe de ser rutinario.

Se preguntó sobre la administración de anestesia local (*grafica 8*) durante la realización de la episiotomía la cual se observa en la gráfica 7 obteniendo que el 87% de los participantes mencionan que había una administración de anestesia local antes de realizar la episiotomía, sin embargo, un 13% refiere haber percibido el uso de anestesia durante el procedimiento. La realización de estas maniobras generan dolor, en especial de la episiotomía por lo que la administración de anestesia debe de ser de suma importancia para efectuar una buena atención, si bien en la NOM-007-SSA2-2016 el uso de analgesia durante la realización de la episiotomía no está bien estipulado, en las recomendaciones de la OMS publicadas en 2018 se menciona que:

“...Si se realiza una episiotomía, son esenciales una anestesia local eficaz y el consentimiento fundamentado de la mujer...” (OMS, 2018)

Es por ello que el control del dolor es un tema de importancia para tener un atención íntegra y de calidad durante la atención al trabajo de parto.

Grafica 9 responde a la pregunta 12 ¿Saben cuándo está indicado el control del dolor?



Se preguntó “¿Cuándo está indicado el control del dolor durante el trabajo de parto?”, se obtuvo que el 39.44% de los MPSS contestaron que “**Si**” saben cuándo estaba indicado, a este porcentaje se le preguntó “¿en qué momento está indicado?” por lo que se obtuvieron 36 respuestas abiertas, las cuales fueron analizadas y

comparadas con la información que proporciona la Guía de Práctica Clínica y la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-2016)

Se obtuvieron 27 respuestas que hacen alusión al control del dolor, así como a la solicitud de la paciente. Estas respuestas están relacionadas con lo establecido en la GPC. La cual menciona (como punto de buena práctica) que:

“Se recomienda la analgesia epidural para el alivio del dolor en mujeres sanas que así lo soliciten, mas no debe de ofrecerse de manera rutinaria.” (CENETEC, 2019)

Esta recomendación se encuentra fundamentada en las recomendaciones realizadas por la OMS:

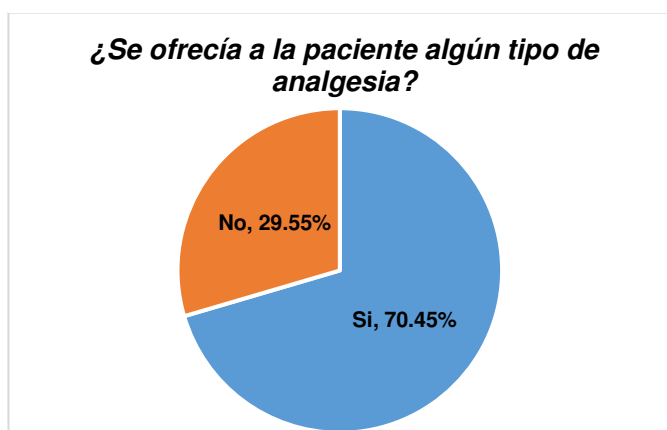
” ...siempre que se cuente con la posibilidad, la analgesia epidural deberá proporcionarse a la mujer en trabajo de parto en el momento en que lo solicite, sin importar la dilatación cervical que cuente, procurando emplear la menor dosis posible de anestésico...y monitorizando la frecuencia cardiaca fetal después de su administración.” (OMS 2018)

No se obtuvieron respuestas acorde a lo mencionado en la NOM-007-SSA2-2016 la cual menciona en el punto 5.5.6:

“La prescripción de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto se realizará según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente...” (NOM-007-SSA2-2016)

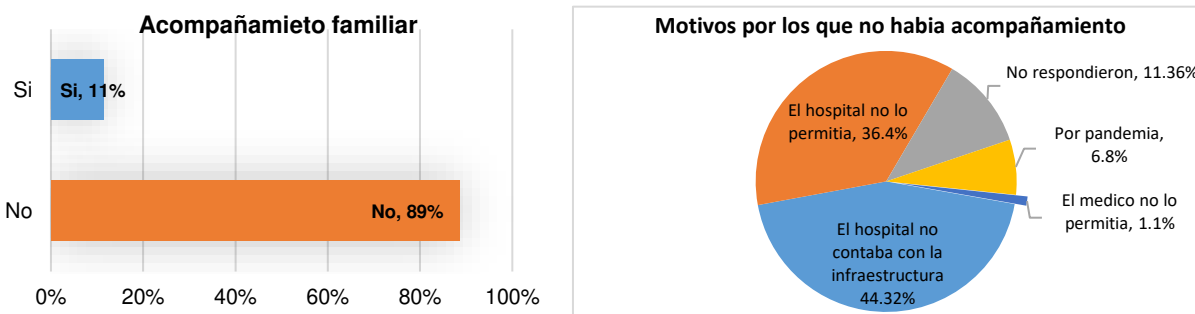
Las otras 9 respuestas no hacen alusión a ninguna de las recomendaciones aceptadas, incluso se obtuvieron respuestas en donde no está indicado el control del dolor, por lo que fueron tomadas como incorrectas.

Grafica 10: ¿Durante el trabajo de parto en caso de no estar contraindicado se ofrecía a la paciente algún tipo de analgesia?



Se obtuvo que el 70.45 % de los MPSS refieren que en el hospital donde rotaban se ofrecía algún tipo de analgesia, mientras que el otro 29.55% no lo hacían, esto puede ser ocasionado por varias razones, la falta de insumos, que estuviera contraindicado, falta de conocimiento de la indicación de la analgesia.

Grafica 11 ¿Había acompañamiento familiar? (izquierda); Motivos por los que no había acompañamiento (derecha)



Solo el 11% de los MPSS menciona que había acompañamiento familiar en los hospitales por los que rotaban mientras que el 89% comenta que no se realizaba acompañamiento.

El acompañamiento de familiar es un punto importante para la correcta evolución de un trabajo de parto, ofrece un aspecto emocional y de seguridad para la paciente, sin embargo, su práctica no es llevada a cabo en todos los hospitales, esto debido a diversas situaciones, una de estas sería la falta de infraestructura para lograr esto. En este punto la NOM-007-SSA2-2016 no hace referencia al acompañamiento, por lo tanto no hay una norma o ley que impida que el medico sea el que no permita el acompañamiento a pesar de contar con las instalaciones adecuadas.

La GPC menciona:

“Durante la fase activa del trabajo de parto, se recomienda el acompañamiento continuo (por familiar o personal de salud) en mujeres con embarazo no complicado” (GENETEC, 2019)

Así mismo la Organización de las Naciones Unidas en su informe: *“Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica”*, hace la recomendación a las naciones de:

“Garantizar en la ley y en la práctica el derecho de la mujer a estar acompañada por una persona de su elección durante el parto...” (ONU 2019).

En México no existe una ley que garantice el acompañamiento de algún familiar durante el trabajo de parto, solo hubo iniciativa por parte del Senado de la República Mexicana en junio de 2021 titulada: *“Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la ley general de salud, en*

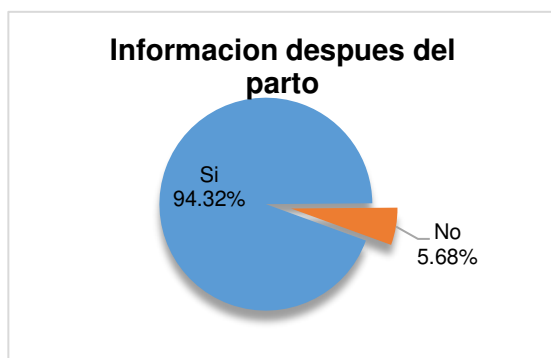
materia del derecho al acompañamiento” en donde se propone la adición de un artículo en donde se comente que:

“Durante el trabajo de parto, parto y puerperio, las personas gestantes tendrán derecho a ser acompañadas por la persona de su confianza y elección, salvo por razones de seguridad sanitaria o porque se derive de ello un riesgo, clínicamente justificado, para ambas, en cuyo caso deberá facilitarse la comunicación remota.”

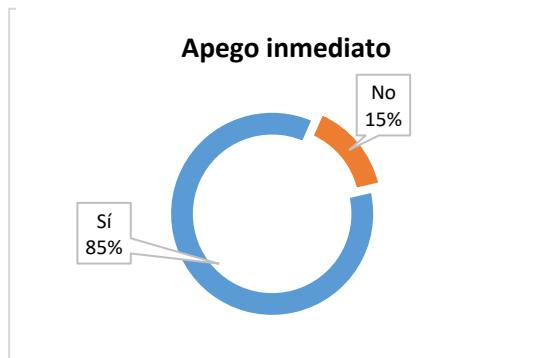
Sin embargo, esta iniciativa no se llevó a cabo, actualmente solo se cuenta con las recomendaciones que realiza la Guía de Práctica Clínica, como respaldo del sector salud, respecto al beneficio del acompañamiento existen artículos que comprueban dicho beneficio

Dentro de los motivos por los que no se permitía el acompañamiento destaco que el que *“el hospital no contaba con la infraestructura adecuada”* (44.3%), *“hospital simplemente no lo permitía”* (36.4%). En los resultados obtenidos el 6.8% respondió por *“motivos de pandemia”* lo cual fue un motivo para que las instituciones no permitieran el acompañamiento de las pacientes embarazadas ya que la mayoría de las instituciones readaptaron sus instalaciones para la atención de pacientes con COVID, además de acatar medidas para evitar el contagio por lo que el acceso a personas que no requirieran atención medica era limitada, en este punto desconocemos si antes de la pandemia los hospitales permitían el acompañamiento. Actualmente las instituciones privadas, son las que ofrecen este tipo de servicios, en las estancias de carácter público, no hay leyes o normas que prohíban el acompañamiento.

Grafica 12 ¿Se les daba información a las paciente



Grafica 13: ¿Se practicaba el apego inmediato?



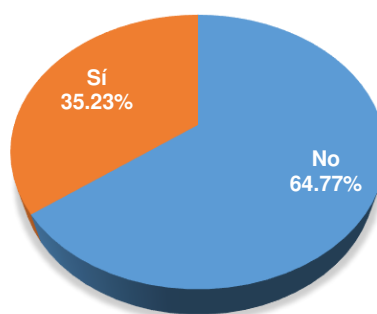
Se encontró que el 94.32% de los MPSS refieren que, si se daba información a la paciente sobre el estado de su hijo, después de realizar las maniobras de reanimación que fueran correspondientes, solo el 5.68% de los encuestados refieren no haber otorgado información.

Dentro de los derechos que tienen las mujeres es el recibir información en todo momento, no solo de los procedimientos a realizar, sino también del estado de salud de su hijo tanto in útero y al nacimiento después de realizar las maniobras pertinentes de reanimación.

El apego inmediato (*grafica 13*) en pacientes que no está contraindicado tiene mayores beneficios para la lactancia materna, además de ayudar en la preservación del calor del recién nacido y mejor la respuesta inmunológica. En una revisión sistemática Cochrane, mostró que en el grupo de pacientes que tuvieron contacto piel con piel inmediato, se observó mayor probabilidad de otorgar lactancia exclusiva desde el alta hospitalaria hasta un mes después del parto y de seis semanas a seis meses después del parto. (Moore et al., 2016)

Grafica 14 ¿Consideras que, durante tu práctica obstétrica, las cesáreas fueron excesivas?

Las cesáreas eran excesivas



Sobre la cesáreas, en los resultados obtenidos, el 35.23% mencionan que la realización de cesáreas fue excesiva, siendo de las principales causas, la decisión del médico por “apresurar” la resolución del embarazo. En otras respuestas destaca la situación económica la cual toma importancia en el sector privado. En un estudio realizado se obtuvo que la cantidad de cesáreas se realizaban con mayor frecuencia en establecimientos privados. (Castro y Frías, 2020)

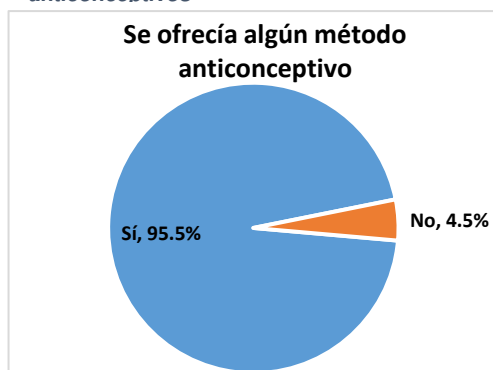
Las cesáreas tiene indicaciones específicas y como todo procedimiento quirúrgico tiene sus beneficios y riesgos. Cuando el procedimiento es justificado y realizado con las técnicas y los conocimientos adecuados, se ha observado que ayuda a disminuir la mortalidad materno-infantil. Sin embargo, recientemente ha habido una tendencia al creciente al uso excesivo de la cesáreas a nivel mundial. Por lo que se han realizado recomendaciones por parte de la OMS para la disminución del número de cesáreas.

Dentro de la NOM-007-SSA2-2016. Se menciona que:

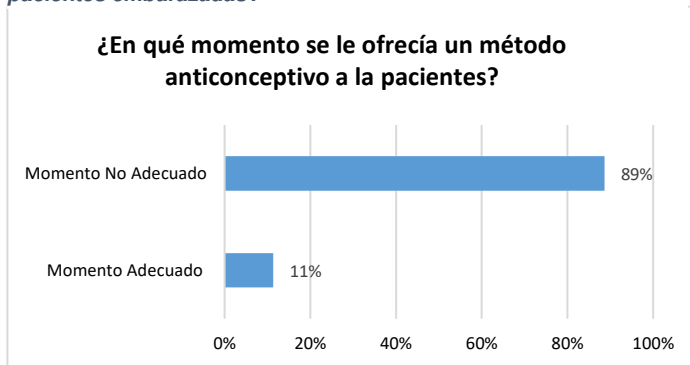
“En caso de realizar la operación cesárea, es necesario registrar con detalle en el expediente clínico los diagnósticos que condujeron a dicho procedimiento quirúrgico, y el o los profesionales de la salud responsables de la decisión...Debe informarse oportunamente a la mujer de esta decisión y sus fundamentos...incluyendo los riesgos y beneficios asociados y las consideraciones en futuros embarazos y partos después de la operación cesárea...”

En México, en el periodo comprendido de 2014 a 2017 el promedio nacional de partos atendidos por cesárea fue de 44.53 por ciento este porcentaje rebasa por mucho la recomendación de la OMS que va del 10 al 15%. (WHO/RHR/15.02-2015) cifra que ha ido en aumento, ya que según los resultados obtenidos por la ENSANUT 2021 el porcentaje de cesáreas el porcentaje de cesáreas fue de 48.2%, cifra superior a los años mencionados.

Grafica 15: Ofrecimiento de métodos anticonceptivos



Grafica 16: ¿Se ofrecía algún método anticonceptivo a las pacientes embarazadas?



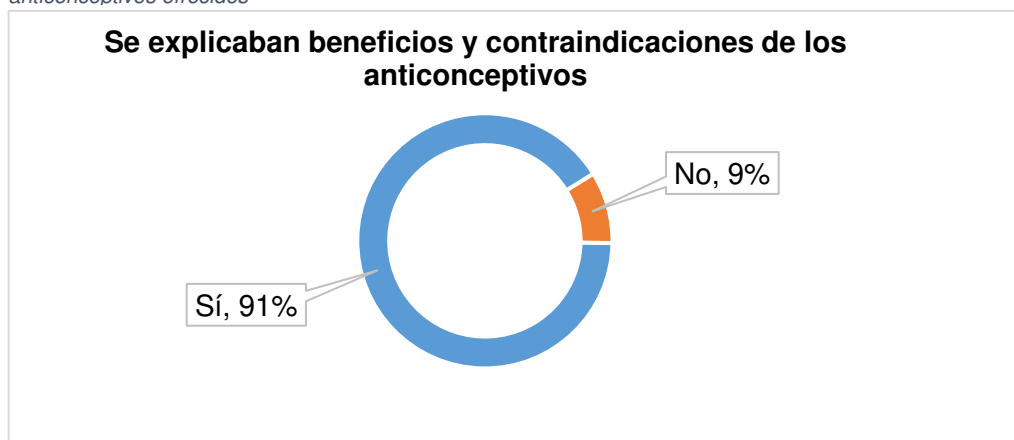
Dentro del ofrecimiento de métodos anticonceptivos se obtuvo que el 95.5% de la atención al parto fue de 95.5% solo el 4.5% no ofrecían ningún método anticonceptivo. Esto demuestra que en la mayoría de los hospitales se ofrece algún método anticonceptivo cumpliendo con lo establecido en la NOM-007-SSA2-2016 menciona que se debe:

“Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos, así como proporcionar la oferta sistemática de éstos...así como establecer mecanismos efectivos para la referencia y atención de la anticoncepción post-evento obstétrico, de preferencia en el post-parto o post-aborto inmediato y antes del alta hospitalaria, para aquellas mujeres que durante su control prenatal y su atención del parto expresen su deseo de usar algún método anticonceptivo”

En los resultados obtenidos se preguntó el momento en el que se ofrecía el uso del método anticonceptivo, se agruparon las respuestas obtenidas en dos grupos: “momento adecuado y en “momento no adecuado”, dentro del grupo de “momento adecuado” se agruparon las respuestas en las que se mencionaba que el ofrecimiento se daba: en las consultas prenatales, en las consultas prenatales, que es un periodo en donde no hay una susceptibilidad emocional y la paciente tiene el tiempo adecuado para hacer una adecuada elección. En el grupo llamado “momento no adecuado” se agruparon las respuestas en donde el ofrecimiento de un método anticonceptivo se daba: durante el trabajo de parto, antes de iniciar una cesárea y el puerperio inmediato. Siendo estos momentos en donde la paciente se encuentra bajo presión, tanto física y emocional por lo que el otorgamiento de los métodos no sea analizado de una manera adecuada, influyendo en la decisión que pudiese tomar.

En los resultados obtenidos solo el 11.4% comenta que se ofreció un método anticonceptivo, en un “momento adecuado” mientras que el 88.6% se ofrecieron en “un momento no adecuado”

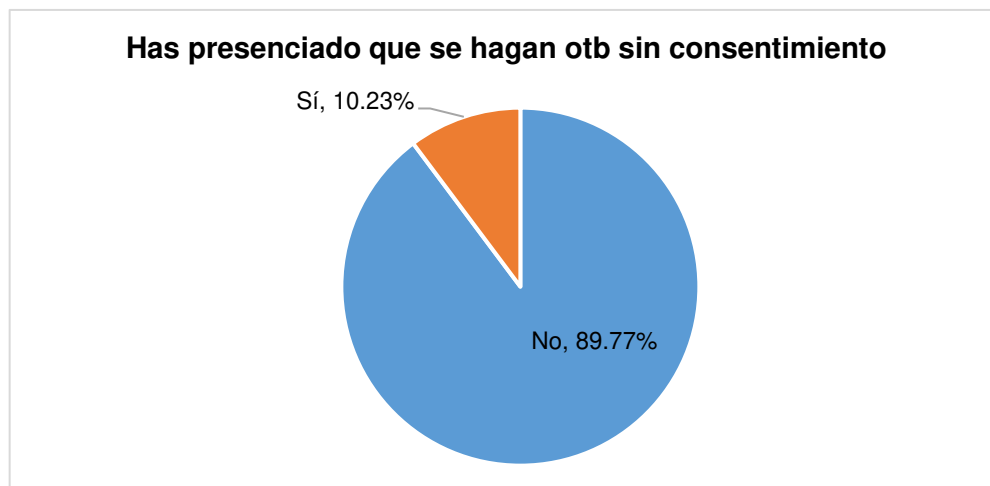
Grafica 17: ¿Se le explicaba a la paciente los beneficios y contraindicaciones de los diferentes métodos anticonceptivos ofrecidos



El 90% de los participante comentan que se explicaba adecuadamente los beneficios y contraindicaciones de los métodos anticonceptivos mientras que el 9.09% mencionan que esto no se realizaba, como se comentó anteriormente en la NOM-007-SSA2-2016 se establece que se debe de:

“Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos, así como proporcionar la oferta sistemática de éstos...”

Grafica 18 ¿Has presenciado la realización de OTB sin el consentimiento de la paciente?

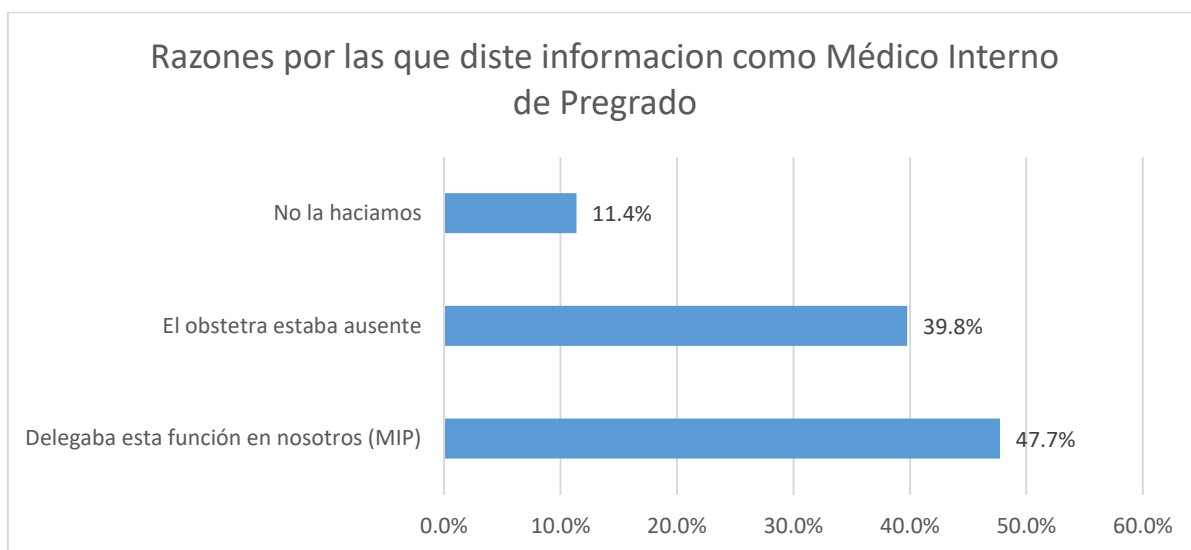


En los resultados obtenidos, se encontró que un 10.23% presencio la realización de oclusión tubárica bilateral⁷ sin el conocimiento de la paciente. Todo procedimiento o maniobra que se vaya a realizar a una paciente debe ser informado y este debe

⁷ Es un método de anticoncepción permanente o definitivo, el cual consiste en la ligadura de las trompas uterinas, la cual puede realizarse durante la cesárea.

de ser autorizado por escrito por la paciente, por lo que la realización de dichos procedimientos sin el conocimiento de la paciente es una violación a lo establecido en la norma oficial mexicana y las guías de práctica clínica.

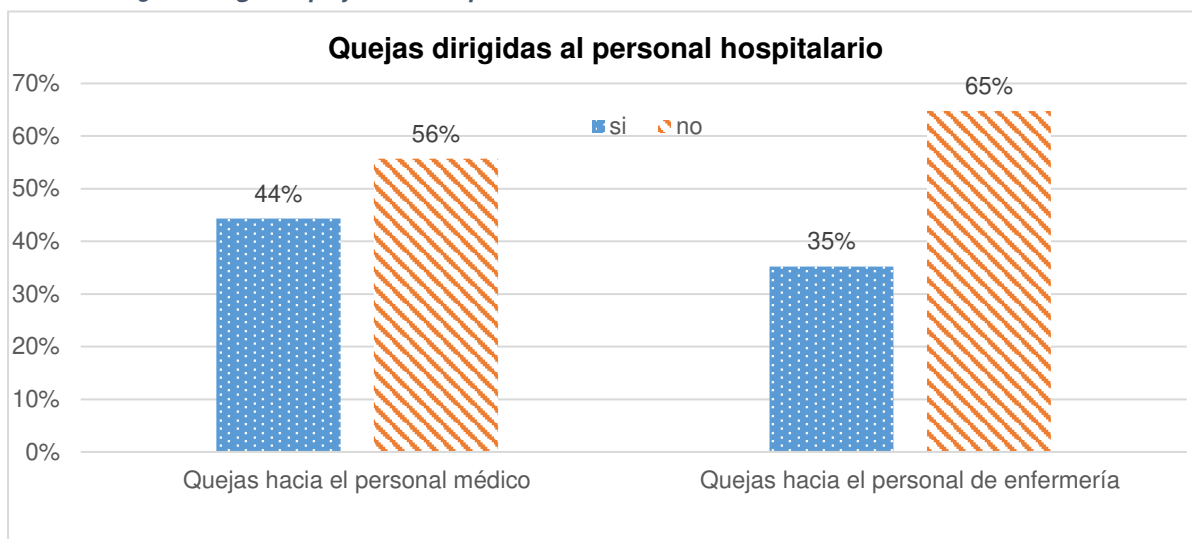
Grafica 19: *En algún momento como médico interno de pregrado, tuviste que dar información por que*



En los resultados obtenidos se encontró que los médicos internos de pregrado eran los encargados en otorgar información a los pacientes ya que delegaban esta función a ellos 47.7%, el 39.8% daban información porque el obstetra estaba ausente y un 11.4%.

La información debe ser otorgada por personal capacitado para poder explicar adecuadamente la situación a la paciente o a los familiares, en este caso el médico con mayor nivel es el que debe de otorgar informes, sin embargo, en ocasiones se le asigna esta tarea al médico que está en formación (MIP), lo cual no está contraindicado, siempre y cuando este instruido adecuadamente y el médico a cargo lo crea conveniente. Lo que no es adecuado es la ausencia del adscrito para dar estos informes, ya que siempre debe de haber un médico encargado, en caso de que se llegara presentar algún evento.

Grafica 20 ¿hubo alguna queja sobre el personal de la salud?



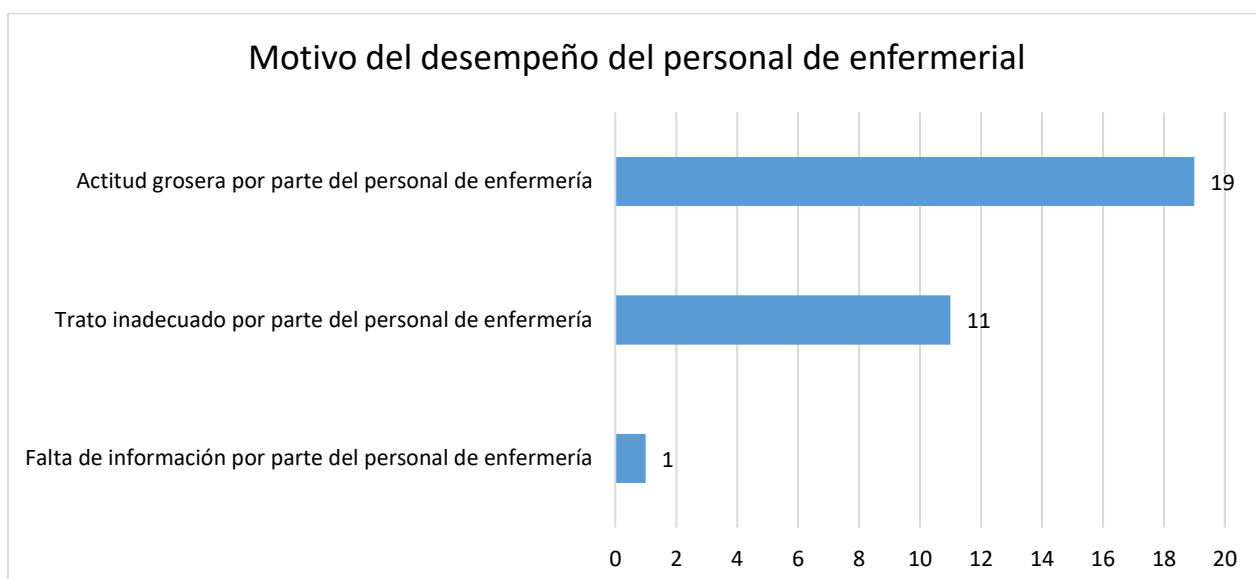
En la gráfica podemos observar los resultados obtenidos del conocimiento de quejas, se obtuvo que el 44% de los MPSS refieren haber presenciado una queja sobre el personal médico y un 35% de los MPSS sobre el personal de enfermería.

Tabla 2 Motivos de queja ante el personal médico

¿Cuál fue el motivo de la queja?	Resultados
Trato inadecuado por parte del médico tratante, Actitud grosera por parte del médico tratante	12
Trato inadecuado por parte del médico tratante	7
Falta de información por parte del personal médico, Trato inadecuado por parte del médico tratante, Actitud grosera por parte del médico tratante	6
Actitud grosera por parte del médico tratante	6
Falta de información por parte del personal médico	4
Falta de información por parte del personal médico, Trato inadecuado por parte del médico tratante	2
Falta de información por parte del personal médico, Actitud grosera por parte del médico tratante	1
Falta de información por parte del personal médico, Óbito, muerte materna	1
Total	39

Se preguntó el motivo de la queja del personal médico a las personas que contestaron "Si", obteniendo 39 respuestas en donde el mayor número de respuestas contestaron que la causa fue por "trato inadecuado y un actitud grosera", en estos resultado destaca un respuesta en donde se comenta que la queja se realizó por "óbito y/o muerte materna", la cual al ser analizada individualmente, la queja solo se antepuso ante la autoridad del hospital

Grafica 21: Motivo de la queja de personal de enfermería



De 31 respuestas en donde se comenta que la principal queja hacia el personal de enfermería es la “actitud grosera”, “seguida de un trato inadecuado” y solo uno por “falta de información”

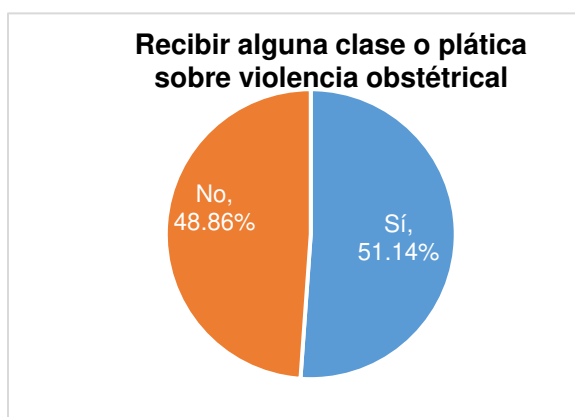
Tabla 3

Autoridad donde se puso la queja del médico	Respuestas
Autoridad del Hospital	34
CONAMED	1
Autoridad del Hospital, CONAMED	1
Autoridad del Hospital, CONAMED, CNDH	1
Autoridad donde se puso la queja de la enfermera	
Autoridad del Hospital	30
CNDH	1

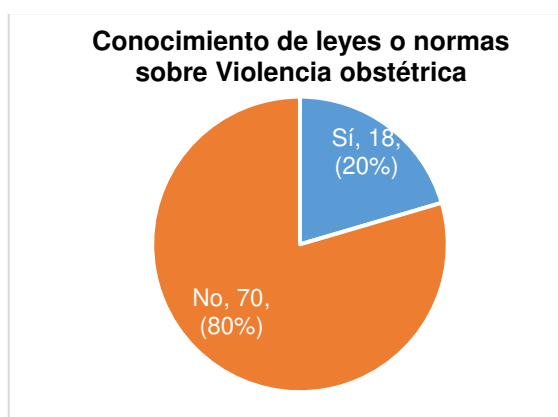
En la instancia donde se presentó la queja se encontró que fueron presentadas ante las autoridades del hospital tanto para las quejas por el personal médico como el de enfermería.

Dentro de las autoridades encargadas de llevar a cabo alguna sanción como se mencionó anteriormente se encuentra la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la Comisión Nacional de Derechos Humanos, en donde se encontró que las quejas medicas eran más propensas a presentadas ante estas instituciones para ser analizadas.

Grafica 22: Clases o pláticas sobre violencia obstétrica durante transcurso de la carrera



Grafica 23: Conocimiento de leyes o normas sobre Violencia obstétrica



Se encontró que solo 51.14% de los MPSS recibieron alguna plática o clase sobre violencia obstétrica, mientras que el otro 48.86% refieren no haber tenido ninguna preparación. En este aspecto no se especifica que tipo de clase o quien impartió el tema sobre violencia obstétrica, por lo que no se puede corroborar que sea por parte de la institución, de los hospitales o de algún profesor.

En cuanto al conocimiento de leyes o normas sobre violencia obstétrica se obtuvo que solo el 20% conocen alguna ley o norma mientras que 80% de los participantes desconocen esta información. Al preguntar la norma específica o la ley, las respuestas que se obtuvieron se muestra en la tabla 7.

En México no hay una ley o norma que especifique el término de “violencia obstétrica” como se ha observado en otros países, el término se identifica en el capítulo IV de la Ley General de acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia, se den como violencia institucional en donde se menciona que:

“los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de las políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar cualquier tipo de violencia”

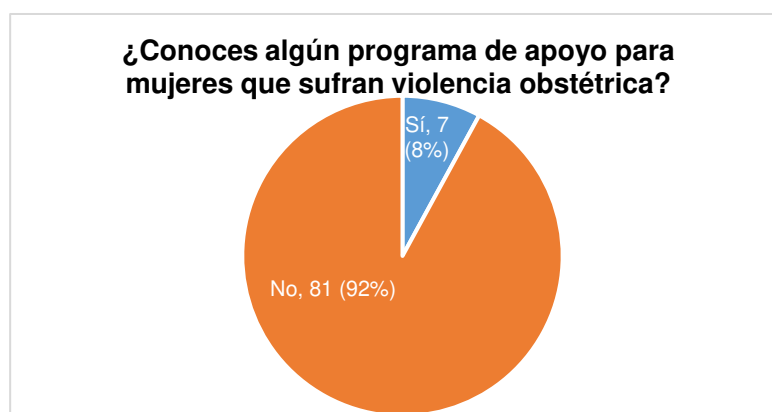
Otro instrumento legal es la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, establece que:

“la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución”

Tabla 4

¿Qué normas conoces?	Respuestas
NOM-007-SSA2-2016	10
Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia	3
046 y 007	1
Ley general de salud	1
NOM 046 SSA2 2005	1
NOM 004	1
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley General de Salud, Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, NOM007	1
Total	18

Las otras Normas mencionadas no abordan tema relacionado con la violencia obstétrica, la Norma Oficial Mexicana- 046 SSA2-2005, titulada: “*Violencia familiar, Sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y Atención*” no toca aspectos sobre la atención del parto o información sobre violencia obstétrica en este contexto no es correcta la respuesta. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, titulada “*del expediente clínico*” tiene como objetivo establecer la correcta elaboración de la historia clínica.



Se pregunto si conocen algún programa de apoyo sobre violencia obstétrica, el 92% de los participantes desconocen si hay programas que apoyen a las mujeres que sufrieron violencia obstétrica, solo el 8% contesto conocer un programa.

Actualmente no hay programas específico que apoyen a las mujeres que sufrieron este tipo de violencia, las páginas solo aportan información para detectar si hubo violación de los derechos durante la atención del parto y en caso de presentarlo, mencionan la posibilidad de presentar una queja o demanda a la institución correspondiente.

BIBLIOGRAFIA

1. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. (CLADEM) 1998. *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*. Book. Lima, Perú: CLADEM.
2. Bohren, Meghan A, Joshua P Vogel, Bukola Fawole, Ernest T Maya, Thae Maung Maung, Mamadou Diouldé Baldé, Agnes A Oyeniran, et al. 2018. "Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observation and community survey". *BMC Medical Research Methodology* 18 (1): 132. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0603-x>.
3. Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. 2018. "Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, Relativo al Ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México". *Diario Oficial de la Federación*, 1–20. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/208_190118.pdf.
4. Castro, Roberto. 2014. "Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México". *Revista Mexicana de Sociología* 76 (2): 168–97.
5. Castro, Roberto, y Joaquina Erviti. 2014. "25 Años De Investigación Sobre Violencia Obstétrica En México". *Conamed* 19 (1): 37–42.
6. Castro, Roberto, y Sonia M. Frías. 2020. "Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey". *Violence Against Women* 26 (6–7): 555–72. <https://doi.org/10.1177/1077801219836732>.
7. CENETEC, y CENETEC Secretaría de Salud. 2019. "Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo". *Catálogo maestro CENETEC* 1: 1–41. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/007_GPC_CirculacionArtPerif/IMSS_007_08_EyR.pdf<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html><http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>.
8. DOF. 2021. "Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV)". *Diario Oficial de la Federación*, 1–38. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209278/Ley_General_de_Acceso_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia.pdf.
9. Generales, Disposiciones. 1982. "REGLAMENTO para el internado de pregrado de los Centros de Enseñanza Superior de Medicina que se Desarrollan en las Instituciones de Salud en el Territorio Nacional." *Diario Oficial de la Federación*, 20–24. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4756976&fecha=16/08/1982.
10. Gray, Thomas, Suruchi Mohan, Stephen Lindow, Uma Pandey, y Tom Farrell. 2021. "Obstetric violence: Comparing medical student perceptions in India and the UK". *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 261: 98–102. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.04.013>.
11. Grupo de Información en Reproducción Elegida, EI. 2021. "El Camino Hacia La

Justicia Reproductiva: Una Década De Avances Y Pendientes Aborto Violencia Obstétrica Muerte Materna Vida Laboral Y Reproductiva Reproducción Asistida”, 87–155. <https://unadecadajusticiareproductiva.gire.org.mx/>.

12. INEGI. 2017. “Encuesta Nacional sobre dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH. Principales Resultados 2016”. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)*, 52. http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/especiales/endreh/2016/doc/endreh2016_presentacion_ejecutiva.pdf.
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2022. “Violencia contra las mujeres en México. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH 2021”, 1–32.
14. Jiang, H, X Qian, G Carroli, y P Garner. 2017. “Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>.
15. "Legislación Universitaria", Universidad Autónoma Metropolitana, Octubre 2022 Disponible en: <https://www.uam.mx/legislacion/index.html>.
16. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, Venezuela, 2007, Artículo 15, párrafo 13
17. Ley 25.929, “Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia a las Mujeres”, Argentina 2009
18. Mena-Tudela, Desirée, Susana Iglesias-Casás, Víctor Manuel González-Chordá, María Jesús Valero-Chillerón, Laura Andreu-Pejó, y Águeda Cervera-Gasch. 2021. “Obstetric violence in Spain (Part iii): Healthcare professionals, times and areas”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (7). <https://doi.org/10.3390/ijerph18073359>.
19. Montesinos-Segura, Reneé, Diego Urrunaga-Pastor, Giuston Mendoza-Chuctaya, Alvaro Taype-Rondan, Luis M. Helguero-Santin, Franklin W. Martinez-Ninanqui, Dercy L. Centeno, et al. 2018. “Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 140 (2): 184–90. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12353>.
20. Moore, E R, N Bergman, G C Anderson, y N Medley. 2016. “Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 11. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>.
21. Narro Robles, José. 2014. “Informe Anual de Actividades”. *Memoria 2014*, 133. <http://www.planeacion.unam.mx/Memoria/2014/PDF/1-RECTOR.pdf>.
22. NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO. Norma Oficial Mexicana. 2012
23. NOM-007-SSA2-2016, Norma Oficial Mexicana. 2016. “Dof: 07/04/2016”, 1–26.
24. NOM-046-SSA2-2005. VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES. CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN, Norma Oficial Mexicana, 2005

25. OMS. 2015. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. *Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02#:~:text=Desde%201985%2C%20los%20profesionales%20de,10%25%20y%20el%2015%25.>
26. OMS. 2018. *Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Organización Mundial de la Salud. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1%0Ahttps://apps.who.int/iris/handle/10665/272435.](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1%0Ahttps://apps.who.int/iris/handle/10665/272435)
27. Organización de las Naciones Unidas. 2019. “Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica”. *Asamblea General*, 26. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/30/PDF/N1921330.pdf?OpenElement>.
28. Ortega, Gabriela. 2018. “La violencia obstétrica como generadora de prácticas invasivas”. *Boletín CONAMED-OPS*. <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3032>.
29. Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone. 2020. “Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias”. En *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, 1. Libros, 3–29. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús.
30. “Reglamento para el internado de pregrado de los Centros de Enseñanza Superior de Medicina que se Desarrollan en las Instituciones de Salud en el Territorio Nacional.”, *Diario Oficial de la Federación*, 1982, 20–24, Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4756976&fecha=16/08/1982.
31. Santiago, Rosario Valdez, Luz Arenas Monreal, Anabel Rojas Carmona, y Mario Sánchez Domínguez. 2018. “‘If we’re here, it’s only because we have no money.’ discrimination and violence in Mexican maternity wards”. *BMC Pregnancy and Childbirth* 18 (1): 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1897-8>.
32. Subdirección de Informática Jurídica. 2016. “Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida Fecha de publicación: 07 de abril de 2016”. 1, 1–67.
33. WHO. 2014. “OMS | Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”. *Who*, 6–9.

Cuestionario aplicado a los Médicos Pasantes del Servicio Social de la Universidad Autónoma Metropolitana

El cuestionario tiene como objetivo conocer las experiencias sobre violencia obstétrica que presenciaron ustedes como médicos pasantes del servicio social de

la UAM Xochimilco durante su formación profesional. Le solicitamos que participe y responda de la manera más honesta posible. Las respuestas obtenidas serán utilizadas sólo con fines de investigación, con absoluto anonimato y confidencialidad. En caso de estar de acuerdo marca la opción "Si estoy de acuerdo" que aparece a continuación.

Si estoy de acuerdo

No estoy de acuerdo

1. Edad:

2. Sexo: F M

3. ¿En qué hospital realizaste tu internado?

R:

4. ¿Qué entiendes por violencia obstétrica?

R:

5. ¿En tu práctica médica has presenciado algún tipo de violencia hacia las pacientes embarazadas que estuvieran en trabajo de parto?

Si No

6. ¿Qué tipo de violencia has presenciado?

Verbal

-Gritos Si No

-Regaños Si No

-Palabras o frases ofensivas (Por ejemplo. "¿así gritaba cuando se lo hicieron?") Si No

Física

-Episiotomía no justificada, sin consentimiento o sin información

Si No

-Amniotomía no justificada, sin consentimiento o sin información

Si No

-Tricotomía no justificada, sin consentimiento o sin información

Si No

7. ¿Por parte de quién se ha ejercido este tipo de violencia?

Médicos

Personal de enfermería

Residentes

- Médicos internos de pregrado (MIP)
- Médicos pasantes del servicio social (MPSS)
8. ¿Has escuchado que el personal médico o de enfermería trataran con diminutivos u otros términos (ej. madrecita) a la pacientes?
Si No
9. ¿Cuáles fueron los términos más comunes que has escuchado?
R:
10. ¿Has observado que se realicen alguna de estas maniobras durante el trabajo de parto, sin el consentimiento de la paciente?
- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Kristeller | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tricotomía | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Episiotomías | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Amniotomía | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Enemas evacuantes | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
11. ¿Se le daba información a la paciente los beneficios de realizar los procedimientos anteriormente mencionados?
Si No
12. ¿Sabes cuándo está indicado el “control de dolor” en una paciente en trabajo de parto?
Si No
13. En caso de que tu respuesta haya sido Si, ¿Cuándo?
R:
14. ¿Durante el trabajo de parto (en caso de no estar contraindicado) se ofrecía a la paciente algún tipo de analgesia?
Si No
15. ¿Se administraba anestesia local antes de realizar la episiotomía?
Si No
16. ¿Con qué frecuencia se practicaban las episiotomías en el hospital en el que realizaste tu internado?

- Eran práctica habitual
- Sólo se realizaban en caso de estar indicada
- Dependía del criterio del médico que atendiera el parto
17. ¿En los hospitales por los que rotaste, hubo acompañamiento del familiar de la paciente que está en trabajo de parto?
- Si No
18. ¿Cuáles fueron los motivos por los que no se realizaba el acompañamiento familiar?
- El hospital no contaba con la infraestructura adecuada
- El hospital simplemente no lo permitía
- El médico no permitía el acompañamiento de familiar
- Otro (especifica): _____
19. ¿En los hospitales por los que rotaste, hubo acompañamiento o la presencia de parteras?
- Si No
20. Después del nacimiento y de las maniobras pertinentes de reanimación neonatal ¿se le daba información a la paciente sobre el estado de salud de su hijo?
- Si No
21. Durante tus prácticas como médico interno de pregrado ¿Se practicaba el apego inmediato?
- Si No
22. ¿Por qué?
- R:
23. ¿Consideras que, durante tu práctica obstétrica, las cesáreas fueron excesivas?
- Si No
24. ¿Por qué?
- R:

25. ¿Se ofrecía algún método anticonceptivo a las pacientes embarazadas?

Si No

26. ¿En qué momento se le ofrecía un método anticonceptivo a la pacientes?

En las consultas prenatales

Durante el trabajo de parto

Durante el puerperio inmediato

Consultas de seguimiento

Antes de iniciar una cesárea

27. ¿Has presenciado la realización de OTB sin el consentimiento de la paciente?

Si No

28. ¿Se le explicaba a la paciente los beneficios y contraindicaciones de los diferentes métodos anticonceptivos ofrecidos?

Si No

29. ¿En algún momento como médico interno de pregrado, tuviste que dar información por que...

El obstetra estaba ausente

Delegaba esta función en nosotros (MIP)

30. ¿Hubo alguna queja formal por parte de alguna paciente sobre trato del personal médico?

Si No

31. ¿Cuál fue el motivo de la queja?

Falta de información por parte del personal médico

Trato inadecuado por parte del médico tratante

Actitud grosera por parte del médico tratante

32. ¿Hubo alguna queja formal por parte de alguna paciente sobre el personal de enfermería?

Si No

33. ¿Cuál fue el motivo de la queja?

Falta de información por parte del personal de enfermería

Trato inadecuado por parte del personal de enfermería

Actitud grosera por parte del personal de enfermería

34. ¿En dónde se realizó la queja?

Hospital

CONAMED

CNDH

Otros: _____

35. ¿Durante tu formación profesional has recibido alguna clase o plática sobre violencia obstétrica?

Si

No

36. ¿Conoces alguna ley o norma sobre violencia obstétrica?

Si

No

37. ¿Cuál?

R:

38. ¿Conoces algún programa de apoyo para mujeres que sufran violencia obstétrica?

Si

No

39. En caso de que tu respuesta haya sido afirmativa, ¿Cuál?

R: