

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, A.C.



HOSPITALES PÚBLICOS Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA: CONSECUENCIAS NO
INTENCIONADAS DE LAS BUROCRACIAS A NIVEL DE CALLE EN EL SECTOR
SALUD EN MÉXICO

TESINA
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS

PRESENTA
ADRIANA MARTÍNEZ REDING FLORES

DIRECTORA DE LA TESINA: MTRA. CELINE FRANCOISE ARAMARA GONZÁLEZ
SCHONT

Agradecimientos

Mi paso por la maestría y la realización de esta tesina fue posible gracias al apoyo de quienes creyeron en mí y me dieron la mano cuando la necesitaba. A todos ellos miles de gracias.

Gracias a mi mamá, Norma Flores, y a mi papá, Jorge Martínez Reding, por ser mis más fieles creyentes e impulsarme a perseguir mis metas. También a mis hermanos, Jorge y Carlos por su incondicionalidad.

Muchas gracias a la profesora Céline González por creer en mí y por compartir su tiempo conmigo aclarando mis dudas, dándome retroalimentación y echándome porras.

Gracias infinitas a mis amigas Chivi, Katia, Mariana y Paola por ayudarme cuando fallaba, por escuchar el desarrollo de esta tesina cientos de veces y por hacerme reír en los momentos más estresantes.

Gracias a mis amigos de la vida por ayudarme a sobrevivir una tesis y una pandemia, sobre todo a Iván, Gaby, Steph, Andrea, Kenia, Vladi y Mitzi.

Gracias a todos mis compañeros de la MAPP 2019 por su solidaridad y trabajo en equipo.

Gracias a todos los profesores del CIDE que me enseñaron con dedicación y paciencia en el transcurso de dos arduos años.

Por último, muchísimas gracias a todo el personal de salud que me permitió entrevistarles, a pesar de sus ocupaciones en medio de una pandemia. Gracias por creer en este proyecto.

Resumen

En México 1 de cada 3 mujeres ha sido víctima de alguna forma de violencia obstétrica durante su embarazo, parto y postparto. Los datos de la ENDIREH 2016 indican que la prevalencia de violencia suele ser mayor para las mujeres que se atienden en hospitales públicos en comparación con aquellas que reciben atención privada. ¿Por qué razón los hospitales públicos tienen mayor porcentaje de violencia? Para contribuir a responder esta pregunta, en esta tesina se explora la relación que existe entre la violencia obstétrica, las condiciones de trabajo de los médicos como burócratas a nivel de calle y los mecanismos que desarrollan para lidiar con estas condiciones. A partir de un estudio de métodos mixtos conformado por el análisis estadístico de un cuestionario de la ENDIREH y la realización de entrevistas semiestructuradas a personal médico del área de ginecobstetricia, este trabajo describe como el personal médico se enfrenta a situaciones de escasez de recursos, sobredemanda de servicios y pacientes involuntarias. Para lidiar con este contexto, los médicos generan estrategias de *coping* en su trabajo a través de la rutinización, el racionamiento de servicios, la transferencia de responsabilidades a las pacientes, el apego a la regla y las agresiones. Las estrategias de *coping* están relacionadas con las características que son intrínsecas a los hospitales públicos y que, generalmente, no ocurren en hospitales privados. Al momento de la atención del embarazo, parto y puerperio estos comportamientos pueden ocasionar la provisión de cuidados indignos y abandono a las mujeres.

Índice

1.	Introducción	1
2.	Revisión de literatura	4
2.1	¿Qué es la violencia obstétrica?	4
2.1.1	La violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer.....	4
2.1.2	La tipología de la violencia obstétrica.....	5
2.1.3	Reconocimiento legal de la violencia obstétrica en México	6
2.1.4	Los estudios sobre violencia obstétrica.....	7
2.1.5	La violencia obstétrica como problema público	11
2.2	Marco teórico.....	12
2.2.1	Las burocracias a nivel de calle y los mecanismos de <i>coping</i>	12
2.2.2	Los médicos como burócratas a nivel de calle.....	15
3.	Metodología	16
3.1	Método cuantitativo: Logit binomial	16
3.2	Método cualitativo: entrevistas semiestructuradas	17
4.	Hallazgos.....	19
4.1	Análisis estadístico	19
4.1.1	La ENDIREH 2016	19
4.1.2	Descripción de variables	19
4.1.3	Análisis exploratorio	23
4.1.4	Análisis modelo logit binomial	27
4.2	Entrevistas semiestructuradas	29
4.2.1	Alejarse del cliente.....	30
4.2.2	Moverse contra el cliente	31
4.2.3	Diferencias entre lo público y lo privado.....	32
5.	Conclusiones	35
	Referencias	38
	Anexos.....	44

Índice de tablas

Tabla 1 Familias y tipos de coping.....	14
Tabla 2 Operacionalización de las variables para entrevistas	17
Tabla 3 Variable dependiente.....	20
Tabla 4 Estadísticas descriptivas	23
Tabla 5 Resultados modelo logit binomial.....	28

Índice de gráficas

Gráfica 1 Porcentaje de mujeres por lugar de atención	24
Gráfica 2 Porcentaje de mujeres que sufrieron violencia obstétrica	25
Gráfica 3 Porcentaje de mujeres según el tipo de violencia	26
Gráfica 4. Proporción de violencia obstétrica por lugar de parto.....	26

1. Introducción

En el año 2017 dio la vuelta al mundo la foto de Irma, una mujer mazateca dando a luz en el patio del Centro de Salud de Jalapa Díaz en Oaxaca, tras habersele negado el acceso y la atención médica (Reyes y Galland 2017). La explosión de la noticia en redes sociales dejó en evidencia que lo que le sucedió a Irma no es un acontecimiento único, sino uno de los muchos casos de violencia obstétrica dentro de las instituciones de salud mexicanas.

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres que se genera en la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud. Consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer (GIRE 2015). Estos daños pueden incluir abusos verbales, agresiones físicas, intervenciones no consentidas o no recibir la atención necesaria. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) de 2016, en México una de cada tres mujeres son víctimas de algún tipo de violencia durante el parto y la atención al embarazo (INEGI 2016). Esta encuesta también demostró que la probabilidad de sufrir violencia incrementa cuando las mujeres se atienden en los servicios de salud públicos (R. Castro y Frías 2020).

En este sentido, valdría la pena preguntarse: ¿Qué factores del trabajo realizado por el personal de salud en hospitales públicos influyen en que exista mayor porcentaje de violencia? La hipótesis planteada en esta investigación es que las prácticas violentas del personal son, en parte, el resultado de los mecanismos adoptados por el personal de salud como burócratas a nivel de calle para lidiar con las condiciones de trabajo y el estrés al que se enfrentan. Estos mecanismos se materializan en la rutinización de los servicios, el racionamiento de los recursos, la responsabilización de las pacientes por sus padecimientos, el apego estricto a la regla y las agresiones. En muchas ocasiones el personal médico no tiene como objetivo dañar a las mujeres, este es más bien un efecto colateral de las estrategias de *coping* que han adoptado para lidiar con su medio.

El personal médico en el sector público forma parte de las burocracias a nivel de calle y como tal debe trabajar con escasez de recursos, alta demanda de servicios, toma de decisiones rápidas, uso de la discrecionalidad, entre otras características que delimitan la forma en la que atienden a las mujeres y que no están presentes en hospitales privados. Por lo tanto, comprender

las dinámicas de trabajo del personal médico es fundamental para solucionar el problema de violencia en la atención obstétrica que atraviesa al país.

Esta tesina estará dividida en cuatro partes. En la primera se hará una revisión de los estudios realizados en violencia obstétrica, empezando por la discusión de su definición y tipología. Se describirá su surgimiento en la opinión pública y la popularización del tema a partir de diversos estudios latinoamericanos en los años 80, incluyendo la aparición legal de la violencia en las legislaciones. Más adelante se hará una breve revisión de literatura de las cuatro causas principales que fueron identificadas: la violencia de género, el *habitus* de la profesión médica, las condiciones laborales del personal de salud y la naturaleza de los sistemas de salud actuales. En esta sección también se examinará la literatura de burocracias a nivel de calle, específicamente el estudio de los mecanismos de *coping*, que servirá como marco teórico para el análisis de los resultados obtenidos.

En la segunda sección se explicará la metodología cuantitativa y cualitativa utilizada para responder la pregunta. En el análisis cuantitativo se examinó el cuestionario de atención obstétrica de la ENDIREH a través del uso de estadísticas descriptivas y de la aplicación de un logit binomial, con el objetivo de obtener la diferencia en la prevalencia de violencia entre los hospitales públicos y lo privados. Para la parte cualitativa, se aplicaron seis entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud que trabajan tanto en hospitales públicos como privados, con el objetivo de explorar la relación entre la naturaleza pública de la atención obstétrica y el ejercicio de la violencia sobre las mujeres en el embarazo, parto y puerperio.

En la tercera sección, se describirán los hallazgos encontrados en cada una de las partes. Para el apartado estadístico los resultados demuestran que las mujeres que se atienden en hospitales públicos tienen una probabilidad significativamente mayor de sufrir violencia obstétrica en comparación con aquellas que asisten a hospitales privados. En el análisis de las entrevistas se relacionan las estrategias de *coping* implementadas por el personal de salud en los hospitales públicos con las manifestaciones de violencia obstétrica., estrategias que no están presentes al mismo grado en los hospitales privados por las diferencias contextuales entre ambos tipos de instituciones.

Por último, se discutirán tres conclusiones de la investigación. La primera conclusión de la investigación confirma la hipótesis planteada, es decir, algunas de las diferentes formas de

coping que el personal médico utiliza en la atención obstétrica sí pueden traducirse en diversas expresiones de violencia. La segunda es que no toda la violencia obstétrica parece ser intencional o estar motivada por una razón de género, también puede ser el resultado de las características contextuales donde se desenvuelve el personal de salud y de las cuales no tiene control. La tercera conclusión es que el marco brindado por la literatura de burocracias a nivel de calle y las estrategias de *coping* no es suficiente para explicar las decisiones de los médicos que trabajan en países en vías de desarrollo.

2. Revisión de literatura

2.1 ¿Qué es la violencia obstétrica?

2.1.1 La violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer

Cuando hablamos de violencia obstétrica, ¿a qué tipo de violencia nos referimos? De acuerdo con la definición de GIRE (2015) se trata de una forma específica de violencia contra las mujeres en la atención del embarazo, parto y puerperio. Si utilizamos la definición de ONU Mujeres (2021), la violencia contra las mujeres se refiere a “Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer”. Sin embargo, utilizando estos conceptos no queda claro si la violencia contra la mujer es diferente a la violencia de género y a cuál de ellas nos referimos en el estudio de la violencia obstétrica.

Ward (2002, citado en Castro 2013) hace una distinción importante entre ambas al definir la violencia de género como cualquier daño ocasionado a otra persona como resultado de las desigualdades de poder que explotan las diferencias entre hombres y mujeres. Esto significa, por ejemplo, que una persona miembro de la comunidad LGBTTTIQ+¹ puede ser víctima de violencia de género, aunque no sea mujer, por el hecho de no conformarse con los estándares de lo femenino y masculino (R. Castro 2013). Por lo tanto, la violencia de género no afecta exclusivamente a las mujeres y niñas, aunque sí les perjudica de manera principal (Frías 2017).

A pesar de que la violencia obstétrica es un tipo de violencia contra la mujer, se debe analizar si todas las expresiones de violencia que la caracterizan están relacionadas con el género o si existen otras razones que influyen en la ocurrencia de la violencia. Por un lado, las manifestaciones de violencia obstétrica por razón de género serán aquellas que tienen su origen en la discriminación de las pacientes por su pertenencia al sexo femenino. Por el otro, pueden existir manifestaciones de violencia obstétrica cuyo origen no se encuentra en el género de las pacientes, sino en otras características ya sean personales o sistemáticas.

El reconocimiento de que no todo tipo de violencia contra la mujer se da por razón de género no omite la existencia de un sistema estructural de violencia contra la mujer. Para dar

¹ LGBTTTIQ son las siglas para lesbiana, gay, bisexual, transgénero, transexual, travesti y queer.

claridad a este argumento es útil hacer la distinción entre los niveles macro, meso y micro de violencia que sufren las mujeres. En el nivel macro encontramos un sistema donde el orden social está orientado a la opresión de las mujeres, a nivel meso esto se traduce en diversas formas de violencia y a nivel micro se expresan como manifestaciones de violencia física, psicológica o sexual (R. Castro 2013). En esta investigación se busca hacer la distinción entre las formas de violencia obstétrica que son por razón de género y aquellas que no, reconociendo a su vez que todas las mujeres están insertas en un sistema societal de dominación masculina (*Ibid.*)

De acuerdo con Sonia Frías (2017), para comprender y diferenciar mejor los tipos de violencia es necesario reconocer el tipo de relación en la que ocurre, la expresión que toma y el ámbito geográfico en el que sucede. Así, al hablar de violencia obstétrica hablamos de una violencia que se perpetúa en una relación institucional, con expresiones físicas y psicológicas y que ocurre dentro de los hospitales.

2.1.2 La tipología de la violencia obstétrica

No hay una definición única y consensuada de la violencia obstétrica, no todos quienes escriben sobre la violencia en el momento del parto optan por utilizar el término *violencia obstétrica*. Este concepto ha sido impulsado, mayormente, por quienes estudian el fenómeno en América Latina, afirmando que a través de él se logra capturar la naturaleza sistémica de la violencia obstétrica como una manifestación de la violencia de género e institucional dentro de las organizaciones de salud (GIRE 2015; Sesia 2020; Magnone 2011). En esta investigación se utilizará la definición propuesta por GIRE (2015), dado que en ella se reconocen sus características principales: la relación institucional, las expresiones de la violencia y el ámbito en el que sucede. Se entenderá por violencia obstétrica como:

“Una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.” (GIRE 2015, 12)

El debate en el uso del término viene acompañado de una discusión respecto de la tipología más adecuada para catalogar las prácticas que deben ser consideradas como violencia

obstétrica. La tipología más utilizada en los textos es la creada por Bowser y Hill (2010); quienes definen siete manifestaciones diferentes de abuso en el parto: abuso físico, cuidado no consentido, cuidado no confidencial, cuidado indigno, discriminación basada en las características individuales de las pacientes, abandono del cuidado y detención en las instalaciones.

No obstante, hay quienes argumentan que las dimensiones establecidas en su trabajo tienen limitaciones. Bohren y otros (2015) proponen una tipología que incluye además el abuso verbal y sexual, la mala comunicación y las fallas dentro del sistema de salud. Por su parte, la OMS (2015b) aboga por el uso de una definición ambigua, con la finalidad de capturar todas aquellas actitudes que podrían ser consideradas como violentas dentro de un país, aunque estas no sean universales.

No tener una definición clara de lo que es o no es violencia obstétrica puede dificultar el análisis de la literatura, pues los autores suelen hacer referencia a prácticas diversas para referirse al mismo fenómeno. Además, complica la identificación de sus causas y la creación de políticas públicas adecuadas para combatirla.

Las diferentes manifestaciones de violencia en el parto no comparten el mismo origen, por lo que no deben ser tratadas de la misma forma. Prueba de ello, es que existen algunas formas de abuso que son más frecuentes en mujeres que comparten ciertos rasgos demográficos. Por ejemplo, la esterilización forzada en México suele ser una práctica más común en mujeres indígenas de comunidades rurales (Bronfman y Castro 1989; Castro y Frías 2020) y la cesárea clínicamente innecesaria afecta en mayor medida a las mujeres con más recursos (Juárez 2017).

2.1.3 Reconocimiento legal de la violencia obstétrica en México

La primera aparición legal del término violencia obstétrica se da en Venezuela en el año 2006, cuando una reforma a la Ley Orgánica sobre los Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia la incluye como una forma de violencia de género contra la mujer (Terán et al.2013). En México, se incluyó por primera vez en el marco legal a nivel local, primero en Veracruz en el 2008 y después en Chiapas en el 2009. En ambas legislaciones se definió como una forma de violencia contra la mujer que afecta los derechos sexuales y reproductivos (Sesia 2020). Hasta finales de 2018, 23 de las 32 entidades federativas mexicanas habían reconocido la violencia obstétrica dentro de sus legislaciones (Sesia 2020).

En 2002, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) emitió la Recomendación General Número 4, en la que señala a las autoridades de salud por implementar métodos de anticoncepción forzados en las mujeres de comunidades indígenas (CNDH 2002). En el año 2017, la CNDH emitió la Recomendación General Número 31 *Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*, la cual hace un reconocimiento explícito de la violencia durante el embarazo, parto y puerperio como un problema estructural de violencia contra las mujeres dentro de las instituciones públicas de salud mexicanas (CNDH 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la urgencia del problema en el 2015, aunque lo hizo sin utilizar el término violencia obstétrica, refiriéndose a ella como el maltrato y abuso durante la atención del parto (R. Castro y Frías 2019). Es probable que la renuencia de algunos autores y de la OMS para utilizar el término violencia obstétrica se origine de una actitud pragmática, que busca no antagonizar a la profesión médica y retratar la violencia como un problema de atención médica individual y no como un problema estructural de violencia contra las mujeres (Sesia 2020).

2.1.4 Los estudios sobre violencia obstétrica

Un estudio hecho por Sesia (2020) documenta la aparición de la violencia obstétrica en los estudios académicos y la popularización del tema en América Latina. Las investigaciones se remontan a los años 80 cuando se realizaron los primeros estudios etnográficos en clínicas de salud en Brasil que describieron al parto institucional como violento. En México, los primeros artículos se publicaron a finales de la misma década, en ellos se documenta la esterilización forzada de mujeres en comunidades indígenas (Bronfman y Castro 1989; CLADEM 1999).

El estudio de la violencia obstétrica es reciente; la mayor parte de la literatura sobre el tema se ha generado a partir del año 2000. Las disciplinas que mayormente se han dedicado a investigarla son la antropología, medicina, sociología y el derecho. A excepción del derecho, las investigaciones se han enfocado en estudiar las razones por las que surge la violencia obstétrica. En esta revisión se identificaron cuatro causas principales que la literatura discute: la violencia de género, el *habitus* de la profesión médica, las condiciones laborales del personal de salud y la naturaleza de los sistemas de salud actuales. Además, se identificó que las características sociodemográficas de la mujer son una condicionante transversal del tipo y nivel de violencia a las que son propensas. Es importante recalcar que estas determinantes de la

violencia no son excluyentes y que generalmente los autores contemplan más de una en sus investigaciones. En las siguientes líneas, se hará un breve resumen de estas.

Violencia de género

Partiendo de la teoría de la interseccionalidad, el género es una dimensión social que cruza todas las interacciones de los seres humanos. La violencia obstétrica, desde esta perspectiva, es el resultado de la institucionalización de la violencia de género, donde ser mujer define la atención que se otorga en los servicios públicos de salud reproductiva (Díaz-Tello 2016).

En el parto, la igualdad de género se atraviesa con otros sistemas de poder y opresión inherentes al sistema de salud (Perera et al. 2018). En estos sistemas la mujer, vista como el sexo débil, necesita supervisión de una autoridad médica que le indique como debe comportarse y que autorice los deseos, malestares y preocupaciones que son válidos (R. Castro y Erviti 2015). Los profesionales de la salud en los hospitales tienen autoridad sobre los cuerpos de las mujeres; son ellos quienes deben decidir sobre los procedimientos del parto, haciendo de él una patología, casi una enfermedad que debe ser tratada (Jardim y Modena 2018). En la medicalización del parto la mujer pierde el protagonismo, quien toma las decisiones es el médico.

El *habitus* médico

La violencia obstétrica surge a partir de la institucionalización de los partos, cuando se adoptó la costumbre de que estos ocurrieran en hospitales y no en las casas (GIRE 2015). Fue en ese momento cuando la capacidad de decisión fue transferida de la mujer al personal sanitario. La medicalización de los partos trajo consigo muchos efectos positivos, principalmente la disminución en la mortalidad materna e infantil (OMS 2015a). Sin embargo, también significó la inserción del proceso de parto de la mujer en las dinámicas organizacionales del campo médico.

Existen estudios sociológicos de la organización de la profesión médica que afirman que en ella existe un “currículum oculto” que se enseña a los profesionales sanitarios desde el inicio de su educación dentro de los hospitales. Este currículum está conformado por normas informales que transmiten un conjunto de mensajes, castigos y jerarquizaciones a los estudiantes de medicina, quienes las viven en carne propia al entrar a la práctica y que, eventualmente,

exhiben de manera autoritaria en su trato con los pacientes (R. Castro y Erviti 2015). Es decir, los médicos replican el sistema autoritario y punitivo del que ellos mismos son víctimas cuando tratan con sus superiores (Briceño Morales, Enciso Chaves, y Yepes Delgado 2018; R. Castro y Erviti 2003; Soto-Toussaint 2016)

Condiciones laborales de los médicos

Quizá los estudios de violencia obstétrica con mayor relación a la hipótesis de esta tesina son los que analizan las condiciones de trabajo en las que se desempeñan los médicos dentro de los hospitales. Bajo estos supuestos las largas jornadas laborales, el agotamiento, las jerarquías internas y en general la falta de infraestructura y recursos adecuados generan una mecanización del parto, donde el objetivo termina siendo rutinizar el trabajo de parto para hacer de él una práctica más rápida y eficiente (Perera et al. 2018; R. Castro y Erviti 2003; Sens y Stamm 2019; Smith-Oka 2013; Soto-Toussaint 2016)

En un estudio en Brasil donde se analiza la experiencia del parto desde la perspectiva del personal de salud, el 78% de los doctores entrevistados declararon sentirse víctimas de abusos en su profesión, principalmente por las condiciones en las que trabajan (Sens y Stamm 2019).

Organización estructural del sistema de salud

Una causa menos estudiada, pero presente en algunos textos, está relacionada con la estructura de los sistemas de salud. De acuerdo con esta visión, el abuso hacia las mujeres en el parto debe ser visto como la consecuencia de una falla organizacional en los servicios de salud nacionales. Las mujeres que sufren violencia en el parto suelen aceptarla dado que es un reflejo del trato que el sistema de salud les ha dado a lo largo de su vida (Perera et al. 2018).

La violencia está fuertemente relacionada con las condiciones de desigualdad que caracterizan al sistema de salud sectorizado, que provee diferentes servicios a diferentes personas dependiendo de su estatus socioeconómico (Briceño Morales, Enciso Chaves, y Yepes Delgado 2018). La segmentación de este sistema de salud está relacionada con el trato que reciben las mujeres cuando asisten a las salas de parto. El sistema de salud valida la diferencia en la atención entre las mujeres que tienen dinero y las que no, haciendo merecedoras de un

mejor trato a aquellas que pueden pagarlo, reforzando las inequidades sociales (Briceño Morales, Enciso Chaves, y Yepes Delgado 2018).

En esta visión la violencia obstétrica es sólo una de las muchas manifestaciones de violencia dentro de un sistema de salud que está segmentado y que responde a una lógica neoliberal en la provisión de los servicios de salud. El neoliberalismo implica la reducción de la presencia del estado en la provisión de los servicios sociales y la mercantilización de la salud de las mujeres, concibiéndolas como bienes cuyo valor está dado por su riqueza económica (Hernández 2002 citado en Briceño Morales, Enciso Chaves y Yepes Delgado 2018). Es decir, que la violencia obstétrica es una representación de lo que viven las mujeres dentro de un sistema de salud neoliberal que crea ciudadanas de primer y segundo nivel donde, inevitablemente, se genera diferencias de trato basadas en el ingreso (Briceño Morales, Enciso Chaves, y Yepes Delgado 2018).

Características sociodemográficas

Por último, existen ciertas condiciones sociodemográficas determinantes de la violencia. El estrato socioeconómico, la raza y el contexto de las mujeres son un diferenciador del tipo de trato que obtienen del personal médico. Más allá de ser una causante de violencia, las características de la mujer pueden ser consideradas como una agravante de la misma. El tipo de violencia de las que son objeto las mujeres más vulnerables suelen ser las expresiones más radicales, por ejemplo, la esterilización a mujeres indígenas (R. Castro y Frías 2019). El prejuicio y la discriminación hacia las mujeres rurales, indígenas y pobres ocasiona que el trato en los hospitales se otorgue de manera desigual, posicionando a estas mujeres en una escala baja de la jerarquía social y haciendo culturalmente justificable el trato que reciben (Perera et al. 2018; Sens y Stamm 2019; Terán et al. 2013).

El diagnóstico del problema en México y la revisión de literatura sobre la violencia obstétrica nos permite concluir que el maltrato que las mujeres sufren durante el parto no se debe exclusivamente a un problema de calidad en la atención individual, sino que se trata de un problema multifactorial y estructural en la provisión de la atención obstétrica. Si consideramos, además, que la mayor parte de la violencia en el parto se produce dentro de las instituciones públicas de salud, podemos concluir que la violencia obstétrica es una forma de violencia contra

la mujer efectuada mayormente por funcionarios públicos de la salud, dentro de organizaciones públicas a mujeres que son beneficiarias de esos servicios públicos.

2.1.5 La violencia obstétrica como problema público

A lo largo de los años, una fracción de las mujeres víctimas de violencia obstétrica en México denunciaron las agresiones a las que fueron sujetas ante la CNDH y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Entre el año 2000 y 2009 la CNDH acumuló más de once mil quejas (R. Castro y Frías 2020) y la CONAMED recibió más de dos mil quinientas en el periodo del 2000 al 2012, haciendo de la ginecología la especialidad médica con mayor número de quejas por mala práctica (Soto-Toussaint 2016).

De acuerdo con la *Recomendación General Número 31* de la CNDH la violencia obstétrica vulnera siete derechos humanos; 1) Derecho a una vida libre de violencia, 2) Derecho a la salud, 3) Derecho a la información y al libre consentimiento informado, 4) Derecho a la libertad y a la autonomía reproductiva, 5) Derecho a la igualdad y no discriminación, 6) Derecho a la integridad personal y 7) Derecho a la vida (CNDH 2017). También representa un problema de salud pública, pues ha sido estudiado que la violencia en el parto aumenta la mortalidad y las morbilidades maternas e infantiles (Carr y Riesco 2007; Sundari 1992).

Con el fin de obtener información del estado de la violencia obstétrica en México, en el 2016 la ENDIREH incluyó por primera vez un cuestionario de 12 preguntas relacionadas con la atención obstétrica. Los resultados dieron a conocer que 32.1% de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un hijo en los 5 años previos sufrieron alguna forma de abuso durante el parto (R. Castro y Frías 2019).

Los resultados de la ENDIREH permiten concluir que la violencia obstétrica es un problema experimentado por millones de mujeres en México. No se trata simplemente de un problema de calidad de la atención médica individual, es un problema estructural de violencia dentro de los servicios de salud, de los cuales el Estado es responsable. La violencia obstétrica es un problema público que afecta los derechos humanos y la salud pública.

2.2 Marco teórico

2.2.1 Las burocracias a nivel de calle y los mecanismos de *coping*

Los burócratas a nivel de calle son los funcionarios públicos que interactúan con los ciudadanos en la provisión de los servicios del Estado, estas burocracias son el encuentro más próximo que el ciudadano tiene con el gobierno (Lipsky 2010; Maynard-Moody y Musheno 2000). En el ideal weberiano estos funcionarios actúan de manera impersonal, eficiente y racional (Gajduschek 2003). En la realidad los burócratas trabajan con recursos limitados, tendencia a la sobredemanda y con una clientela sin opciones.

A pesar de que el tipo de servicios que los burócratas proveen es diverso, tienen en común un uso amplio de la discrecionalidad para tomar decisiones (Maynard-Moody y Musheno 2000). De acuerdo con Lipsky (2010), el uso de esa discrecionalidad al dar respuesta a las demandas ciudadanas transforma a los burócratas a nivel de calle² en hacedores de la política pública. Es decir, al estar a cargo de llevar a cabo las políticas públicas definidas por el gobierno en turno, son ellos quienes de facto moldean los servicios que provee el Estado.

El trabajo que realizan los burócratas se caracteriza por una serie de condiciones que dificultan su ejecución y en muchos casos impide la aplicación de la política pública como fue concebida por los altos mandos (Maynard-Moody y Musheno 2000). Una de las condiciones más mencionadas en la literatura es la escasez de recursos, dado que los recursos con los que los burócratas trabajan son escasos, son ellos quienes deben decidir cuáles ciudadanos acceden a qué recursos y cuáles no (Lipsky 2010). Esta escasez se debe a que la demanda en los bienes no mercantiles tiende a alcanzar cualquier nivel de oferta existente (*Ibid.*). Es decir, existe una demanda ilimitada de los bienes que provee el Estado y cuando la oferta incrementa la demanda tiende a alcanzarla, por lo que no se traduce en un mejor servicio (Hupe y Buffat 2014). La demanda interminable se relaciona con el hecho de que muchos de los ciudadanos que acceden a los servicios del estado son clientes involuntarios (Lipsky 2010). Esto es, que no tienen acceso a ningún servicio sustituto provisto por un privado, ya sea porque se trata de una actividad monopolizada por el Estado o porque no tienen los recursos necesarios para acceder a ellos a través del mercado (*Ibid.*)

²De aquí en adelante burócratas.

Lipsky (2010) argumenta que al enfrentarse con condiciones de trabajo estresantes de manera constante los burócratas generan mecanismos para lidiar con la adversidad, estas estrategias conductuales han sido englobadas en el concepto de *coping*. Los burócratas tienen dos estrategias de *coping* principales. La primera es la modificación del concepto de su trabajo, cambiando sus objetivos iniciales de trabajo a algunos que sean más fácilmente obtenibles. La segunda es una modificación del concepto del cliente para disminuir los impactos psicológicos negativos de la imposibilidad de proveerles la atención adecuada (*Ibid.*).

Siguiendo a Folkman y Lazarus (1984), en el campo de la psicología *coping* se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales utilizados por las personas para poder dominar, tolerar o reducir las demandas y conflictos a los que se enfrentan. Cuando se habla de *coping* dentro del servicio público, Tummers y otros (2015) lo definen como los mecanismos conductuales que los trabajadores de primera línea emplean al interactuar con clientes en la provisión de servicios públicos y que tienen como finalidad dominar, tolerar o reducir las demandas y conflictos a los que se enfrentan. En esta investigación nos enfocaremos en los mecanismos de *coping* conductuales del personal de salud, ya que son estos los que definen el trato que las mujeres reciben y los que se argumenta que podrían traducirse en un comportamiento violento.

Cuando se habla del *coping* dentro de la literatura de las burocracias a nivel de calle surge el problema fundamental de la tipología. Lipsky (2010) identificó que los burócratas adoptaban estos mecanismos para lidiar con su entorno, el problema reside en que no es fácil definir una tipología pues los mecanismos varían dependiendo del lugar y contexto. No son comportamientos uniformes que se repiten en cada ocasión, por lo tanto, no son fácilmente identificables (Skinner et al, 2003).

Tummers y otros (2015) realizaron una revisión sistemática a través del tiempo de la literatura de *coping* y desarrollaron una clasificación que va de lo particular a lo general. En el primer nivel, el más bajo, el *coping* puede ser observado a través de *instancias de coping*. Es decir, las respuestas concretas que los individuos tienen al momento de lidiar con el conflicto. En el segundo nivel, las *instancias de coping* pueden ser agrupadas en *tipos de coping* que proveen una tipología para las acciones de los burócratas. En el nivel más abstracto los *tipos de coping* pueden ser ordenados en *familias de coping* dependiendo de su función.

De acuerdo con los autores, estas familias de *coping* pueden tener tres funciones: moverse hacia los clientes, alejarse de los clientes y moverse en contra de los clientes. Moverse hacia los clientes implica un acercamiento positivo para el ciudadano, en el que el burócrata buscará usar sus medios para beneficiarlo. Las otras dos familias, alejarse de los clientes y moverse contra los clientes, podrían resultar en el detrimento del servicio otorgado y en una mala experiencia para los clientes (Tummers et al, 2015).

Los diferentes tipos de *coping* relacionados con cada familia pueden observarse en la siguiente tabla:

Tabla 1 Familias y tipos de *coping*

Familia de <i>coping</i>	Tipo de <i>Coping</i>
Moverse hacia los clientes	Doblar la regla
	Romper la regla
	Acciones instrumentales
	Priorizar entre clientes
Alejarse de los clientes	Usar recursos personales
	Rutinizar
	Racionar
Moverse contra los clientes	Culpar al cliente
	Seguimiento rígido de la regla
Moverse contra los clientes	Agresiones

Fuente: Elaboración propia con base en Tummers et al. (2015)

Los mecanismos de *coping* se generan en gran medida debido a la brecha que existe entre los objetivos planteados por la política pública y los recursos provistos por el Estado a los burócratas para llevar a cabo dicha política (Hupe y Buffat 2014). La magnitud de la brecha con la que los burócratas deben lidiar está relacionada con el contexto del país al que pertenecen. Los burócratas pertenecientes a países desarrollados no se enfrentarán a los mismos retos que los que trabajan en países en vías de desarrollo donde hay mayor ambigüedad e incertidumbre (Campos y Peeters 2021). La profesionalización, las capacidades estatales, los recursos

disponibles y las debilidades institucionales tienen un impacto en el trabajo de los burócratas y en las formas como lidian con el contexto (*Ibid.*)

2.2.2 Los médicos como burócratas a nivel de calle

En la sociedad actual existe un amplio consenso en el reconocimiento del derecho a la salud como un Derecho Humano básico. En el caso mexicano el artículo 4 de la Constitución obliga al Estado a proveer a sus ciudadanos con el nivel máximo de salud posible. La provisión de la atención médica que garantiza el derecho a la salud sólo se puede lograr a través del trabajo realizado por personal médico contratado por el Estado. En los servicios médicos que provee el gobierno, el personal sanitario que trabaja dentro de los hospitales públicos, en su papel de burócratas a nivel de calle, representan el contacto más directo que los ciudadanos tienen con el Estado y el derecho a la salud (Lipsky, 2010).

De acuerdo con Hupe y Buffat (2014) las burocracias a nivel de calle realizan tres tipos diferentes de tareas: la provisión de servicios públicos, regulación pública y trabajos judiciales. El personal de salud dentro de hospitales públicos pertenece a la primera categoría, la provisión de servicios públicos. Y realizan sus actividades con muchas de las características comunes entre las burocracias a nivel de calle, el presupuesto suele ser insuficiente, la demanda sobrecarga los servicios y los clientes son principalmente involuntarios; además, personal de salud debe usar su discrecionalidad para el alocamiento de recursos en circunstancias de escasez (Lipsky 2010).

La relación que los médicos como burócratas construyen con sus pacientes no es equitativa en poder. Para el caso de la atención en el parto, el médico tiene en sus manos la salud de la paciente y de su bebé, él decidirá las intervenciones a las que ella estará sujeta con la información y conocimientos que ella no tiene. Surge una dualidad en la labor que realizan, por un lado, puede ser provisor de bienestar y salud, por el otro pueden ser protagonistas de maltratos y descuidos (Maynard-Moody y Musheno 2000). Esta investigación defiende la idea de que las estrategias de *coping* que el personal de salud del área de ginecología obstetricia adopta para lidiar con situaciones estresantes tiene repercusiones sobre la experiencia de parto que tienen las mujeres (Evelin et al. 2015).

3. Metodología

En esta tesina se busca responder a la pregunta *¿Qué factores del trabajo realizado por el personal de salud en hospitales públicos influyen en que exista mayor porcentaje de violencia obstétrica en comparación con hospitales privados?* Para explicar el problema y responder la pregunta, se utilizará un diseño de investigación descriptivo que combina métodos cuantitativos y cualitativos. El diseño es descriptivo porque busca encontrar características observables del trabajo hecho por el personal de salud en los hospitales públicos que se relacionan con una prevalencia alta de violencia. Tomando en cuenta la taxonomía de la investigación descriptiva que realiza Gerring (2012), el propósito es encontrar argumentos descriptivos asociativos, que identifiquen los componentes multidimensionales que asocian el trabajo público con la violencia en el parto dentro de los hospitales. A continuación, se hará una descripción de los métodos que se usarán, así como de las hipótesis planteadas para cada parte de la investigación.

3.1 Método cuantitativo: Logit binomial

Para llegar a la pregunta de investigación central de este trabajo, el primer paso es responder a una pregunta secundaria que permita el planteamiento del problema. Esta pregunta es: *¿Existen diferencias en la prevalencia de violencia obstétrica dentro de los hospitales públicos y privados en México?*

Para dar respuesta se utilizarán datos de fuentes secundarias recolectados en la Encuesta Nacional sobre Dinámicas y Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. A través de un logit binomial se analizarán algunas variables de los cuestionarios de atención obstétrica y características sociodemográficas de la ENDIREH. Este tipo de regresión logística se utiliza para estimar la probabilidad de que una observación obtenga el valor de alguna de las dos categorías de una variable dependiente dicotómica, basándose en las variables independientes utilizadas (Penn State 2021).

Hipótesis:

- Las mujeres que se atienden en hospitales públicos tendrán una probabilidad estadística significativamente mayor de ser violentadas en comparación con aquellas que se atienden en hospitales privados.

3.2 Método cualitativo: entrevistas semiestructuradas

Para responder a la pregunta central se utilizará un método abductivo donde se combinará el estudio de fuentes secundarias, a través de la revisión documental, y el análisis de fuentes primarias, obtenidas con la aplicación de una serie de entrevistas semiestructuradas aplicadas al personal del sector salud.

La finalidad de las entrevistas es contribuir a la explicación de la relación entre la naturaleza pública del trabajo hecho por el personal de salud y el ejercicio de la violencia sobre las mujeres en el parto. Para ello se explorará de qué manera las condiciones laborales de los médicos determinan las interacciones que tienen con las mujeres a las que atienden. En la Tabla 2 se han definido las dimensiones y variables observables del constructo latente “Factores del trabajo médico que llevan a mayor violencia obstétrica”.

Las entrevistas se realizarán a profesionales de la salud en hospitales públicos y privados de México, pertenecientes al área de ginecología y obstetricia. Se aplicarán de manera virtual a través de videollamadas que serán grabadas con el previo consentimiento informado de los entrevistados. Para analizar los resultados se realizará un análisis de contenido de las respuestas obtenidas.

Hipótesis:

- La diferencia en la prevalencia de violencia obstétrica entre hospitales de salud públicos y privados es el resultado, en parte, de los mecanismos adoptados por el personal de salud para lidiar con las condiciones de trabajo a las que se enfrentan.

Tabla 2 Operacionalización de las variables para entrevistas

Variables para las entrevistas al personal de salud		
Constructo latente	Dimensiones	Variables observables
Factores del trabajo médico que llevan a mayor violencia obstétrica	Características del personal	Sexo
		Lugar de trabajo
		Historia laboral
	Condiciones laborales	Actividades que realizan en un día promedio

		Retos más comunes a los que se enfrentan
	Mujeres a las que atienden	Número de mujeres que atienden en un día
		Percepción de la mujer a la que atienden
	Mecanismos de <i>coping</i>	Respuesta ante un caso difícil
		Razones detrás del maltrato
		Diferencias entre el trabajo en hospitales públicos y privados

Fuente: Elaboración propia.

4. Hallazgos

4.1 Análisis estadístico

Para esta investigación se correrá un modelo logit binomial que tendrá dos objetivos. El objetivo principal es comprobar si el porcentaje de violencia obstétrica reportado por las mujeres es significativamente menor para aquellas que se atendieron en hospitales privados en comparación con las que se atendieron en hospitales públicos. En este sentido, el modelo servirá para averiguar si dentro de las múltiples causas que ocasionan la violencia en el parto la naturaleza pública de las instituciones de salud en las que se atienden las mujeres tiene alguna influencia en el trato que reciben.

El objetivo secundario, es conocer de qué manera influyen algunas variables sociodemográficas en la probabilidad de que una mujer sufra violencia o no. A través de la teoría de la interseccionalidad, se reconoce que la naturaleza pública o privada del lugar donde se atienden las mujeres no es la única causa de la violencia y que existen muchos factores que llevan a que las mujeres sean violentadas (Elmhirst 2015). Entre ellas se encuentra la forma en que sus características individuales influyen en la percepción que tiene la sociedad de cómo deben ser tratadas (Perera et al. 2018).

4.1.1 La ENDIREH 2016

La Encuesta Nacional sobre Dinámicas y Relaciones en los Hogares 2016 (ENDIREH) tiene como objetivo general generar información relacionada con las experiencias de violencia que han enfrentado las mujeres de 15 años y más en diferentes ámbitos de su vida. Es una encuesta probabilística con representatividad nacional, llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (INEGI 2016).

La ENDIREH está compuesta por 19 secciones que indagan acerca de diferentes aspectos de la vida de las mujeres. Para obtener las variables de esta investigación se utilizaron la sección 2 de *Características Sociodemográficas* y la 9 de *Atención obstétrica*. El cuestionario de atención obstétrica tiene como población objetivo a todas las mujeres de 15 a 49 años que hayan tenido un parto en los 5 años previos a la encuesta, ellas serán la población estudiada en esta investigación.

4.1.2 Descripción de variables

Variable dependiente

- **Violencia obstétrica:** Variable dummy donde 1 indica que la mujer respondió afirmativamente a haber sido sujeta a al menos una de las 12 formas de violencia durante el parto recopiladas en la ENDIREH y 0 indica la mujer no sufrió violencia.

Tabla 3 Variable dependiente.

Formas de violencia incluidas en la ENDIREH y colapsadas dentro de la variable dependiente “Violencia obstétrica”	
Variable	Descripción
Posición incómoda	Identifica si la mujer tuvo que permanecer en una postura molesta para ella durante el parto.
Gritos	Identifica si le gritaron o regañaron.
Ofensas	Permite conocer si le dijeron cosas ofensivas o humillantes
Ignorar	Pregunta si la mujer era ignorada al hacer preguntas
Anestesia	Pregunta si se le negó la anestesia sin explicación
Tardar	Identifica si tardaron más en atender a la mujer por haberse quejado
Anticoncepción forzada	Indaga si la operaron o colocaron el método sin su consentimiento.
Presión	Averigua si la presionaron para aceptar un método anticonceptivo.
Amenazas	Averigua si la amenazaron u obligaron a firmar algo sin explicarle el contenido del documento.
Atención posparto	Indaga si le prohibieron tener contacto con su bebé durante más de 5 horas sin darle explicaciones
Información	Determina si le hicieron una cesárea sin brindarle información de por qué era necesaria.
Autorización	Indaga si se le pidió autorización para realizar la cesárea.

Fuente: Marco conceptual ENDIREH 2016

Variables independientes

- Edad: Variable numérica discreta que indica la edad de las mujeres que dieron a luz en los 5 años previos a la encuesta.

La relación de la edad con la variable dependiente está en que un conjunto de percepciones morales y religiosas hace que las mujeres jóvenes, sobre todo las adolescentes, sean culpabilizadas por ejercer su sexualidad a corta edad y embarazarse (Bowser y Hill 2010; Dansereau et al. 2017; Perera et al. 2018). En entrevistas realizadas a mujeres que dieron a luz en un mismo distrito en Sri Lanka, las autoras encontraron que las mujeres adolescentes tendían a relatar más experiencias negativas (Perera et al. 2018). Por ello, se espera que la relación entre la edad y violencia sea negativa, donde las mujeres más grandes tendrán menos probabilidad de ser violentadas.

- Estrato: Variable nominal que indica el estrato socioeconómico de las entrevistadas en un rango de 1 a 4, donde 1 equivale al estrato más bajo y 4 al más alto. Esta variable es construida por el INEGI en el diseño muestral a partir de información obtenida en el Censo de Población y Vivienda 2010. Se espera que el estrato alto tenga una menor probabilidad de ser violentado en comparación con los más bajos.

El estrato socioeconómico puede contribuir a explicar la ocurrencia de violencia por dos razones. La primera está relacionada con la percepción que tiene el personal de salud de las mujeres pobres, en comparación con las mujeres de mayores estratos socioeconómicos. Hay un trato diferenciado hacia las personas dependiendo de sus atributos personales y dentro de la atención médica la pobreza suele ser considerada como una característica negativa que lleva a percibir a las mujeres como problemáticas o descuidadas (Bowser y Hill 2010; Diniz y d'Oliveira 1998). Las pacientes pobres reportan ser tratadas de manera abusiva y experimentar más violencia en comparación con aquellas que tienen mejores posiciones económicas. (Perera et al. 2018).

La segunda razón es que el nivel de ingresos de las mujeres determina el tipo de hospital al que tendrán acceso. Las mujeres con escasos recursos económicos generalmente no tienen posibilidad de elegir el lugar en donde quieren atenderse, deben aceptar la atención pública que el gobierno les ofrece, aunque esta sea mala (Bowser y Hill 2010).

- **Dominio:** Variable nominal que indica el ámbito territorial donde viven las mujeres y se divide en tres: rural, complemento urbano o urbano alto. Las comunidades rurales son aquellas que tienen menos de 2,500 habitantes, el complemento urbano va de 2,500 a 99,999 y la población urbana se refiere a una ciudad con más de 100,000 habitantes. Se espera que en los hospitales urbanos haya más probabilidad de sufrir violencia, pues habrá más saturación de los servicios. Un aspecto que contribuye a que en las zonas rurales los centros de salud estén menos saturados es que, de acuerdo con datos del CONEVAL (2018) hay una menor concentración de unidades de especialización, por lo que pudiera ser más común que las mujeres recurran a parteras al momento de dar a luz.

De acuerdo con Lipsky (2010) el procesamiento del número de personas que debe atender el personal de primera línea está relacionado con la calidad del servicio que pueden ofrecer. A medida que crece el número de mujeres atendidas, los médicos generan prácticas para el tratamiento de masas que hacen su trabajo más eficiente pero que va en detrimento de la atención personalizada que pudiera requerir la paciente (Smith-Oka 2013).

- **Indígena:** Variable dummy donde 1 significa que la mujer se autoidentifica como indígena y 0 que la mujer no se identifica como indígena. Se espera que las mujeres que se identifican como indígenas tengan una probabilidad mayor de ser víctimas de violencia en comparación con las demás.

El lugar que las mujeres ocupan dentro de la jerarquía social está relacionado con el trato que reciben (Diniz y d'Oliveira 1998). Como ya se dijo en líneas anteriores, el personal de salud juzga a las mujeres dependiendo de sus características individuales con base en los estándares que la sociedad ha creado. Castro, Savage y Kaufman (2015) realizaron una revisión de publicaciones en la que concluyeron que existen ciertos tipos de maltrato que afectan específicamente a las personas indígenas y afrodescendientes cuando acuden al sector salud.

- **Lugar de atención del parto:** Variable nominal con siete valores que indica el lugar donde las mujeres fueron atendidas al momento del parto. Las opciones de atención son:
 1. Hospitales o clínicas privadas
 2. Centros de salud

3. Hospital o clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
4. Hospital o clínica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
5. Hospital o clínica pública del estado
6. En casa con una partera o curandera
7. Otro

Esta variable es la más importante para averiguar si realmente existe una diferencia en la probabilidad que tienen las mujeres de sufrir violencia si acuden a un hospital público o a un hospital privado. Se espera que en los hospitales o clínicas privadas haya una probabilidad menor de sufrir violencia en comparación con todas las demás instituciones de salud pública. También se espera que no haya una diferencia significativa de probabilidades entre la práctica privada y las mujeres que se atienden en casa con parteras.

4.1.3 Análisis exploratorio

En la muestra estudiada podemos observar que la edad promedio de las mujeres entrevistadas es 28 años, donde el mínimo y el máximo están definidos por las edades establecidas en el diseño muestral. Un 29.56% de ellas se identifica como indígena. La mayor parte de ellas pertenece a un estrato socioeconómico medio bajo (54.97%), seguido del estrato bajo (25.38%), medio alto (14.52 %) y alto (5.12%) y pertenecen predominantemente a contextos urbanos (41.79%). El lugar principal de atención son los Hospitales del Estado, a donde acude el 39.64% de las mujeres. A estos le siguen el IMSS donde se atendieron el 27.22% y los hospitales privados con 15.08%. La institución que atiende a un menor porcentaje de mujeres es el ISSSTE con 2.06%, al igual que las parteras con las que acudieron 2.66% de las mujeres (Gráfica1).

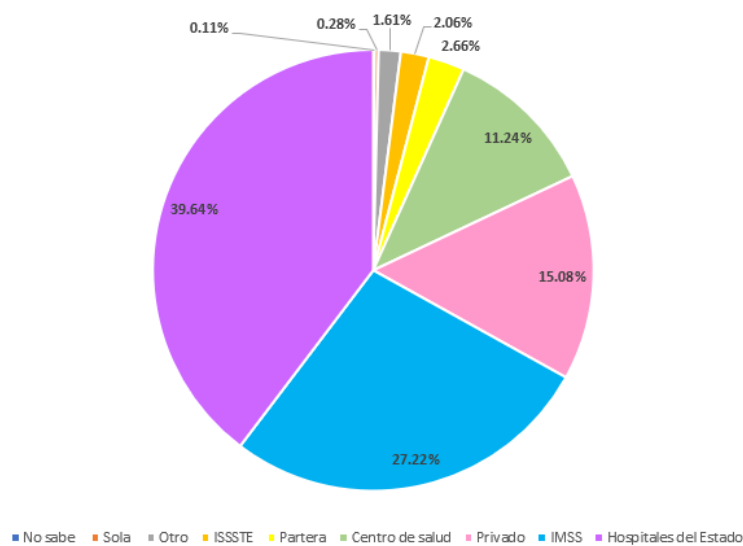
Tabla 4 Estadísticas descriptivas

Variable	Tipo	Obs.	Promedio	D.E.	Mín.	Máx.
Edad	Discreta	22,045	28.67	6.4567	15	49
Variable	Tipo	Valores			Observaciones	
Violencia	Nominal	Sí = 1			7095	
		No = 0			14864	
Estrato	Ordinal	Bajo = 1			5596	

		Medio bajo = 2	12119
		Medio alto = 3	3202
		Alto = 4	1128
Dominio	Nominal	Complemento urbano = 1	6084
		Rural	6749
		Urbano = 3	9212
Indígena	Nominal	Sí = 1	6516
		No = 0	15529
Lugar de atención	Nominal	Privado = 1	3324
		Centro de salud = 2	2478
		IMSS = 3	6000
		ISSSTE = 4	454
		Hospital del estado = 5	8739
		Partera = 6	587
		Otro = 7	377

Fuente: Elaboración propia con base en información de la ENDIREH (2016)

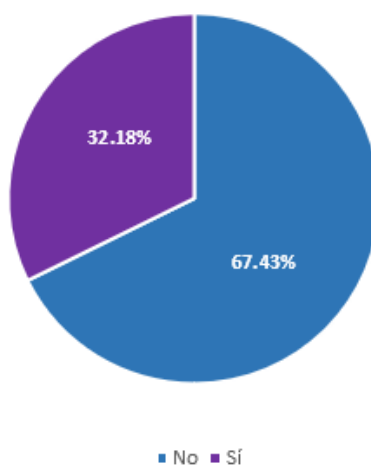
Gráfica 1 Porcentaje de mujeres por lugar de atención



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENDIREH (2016).

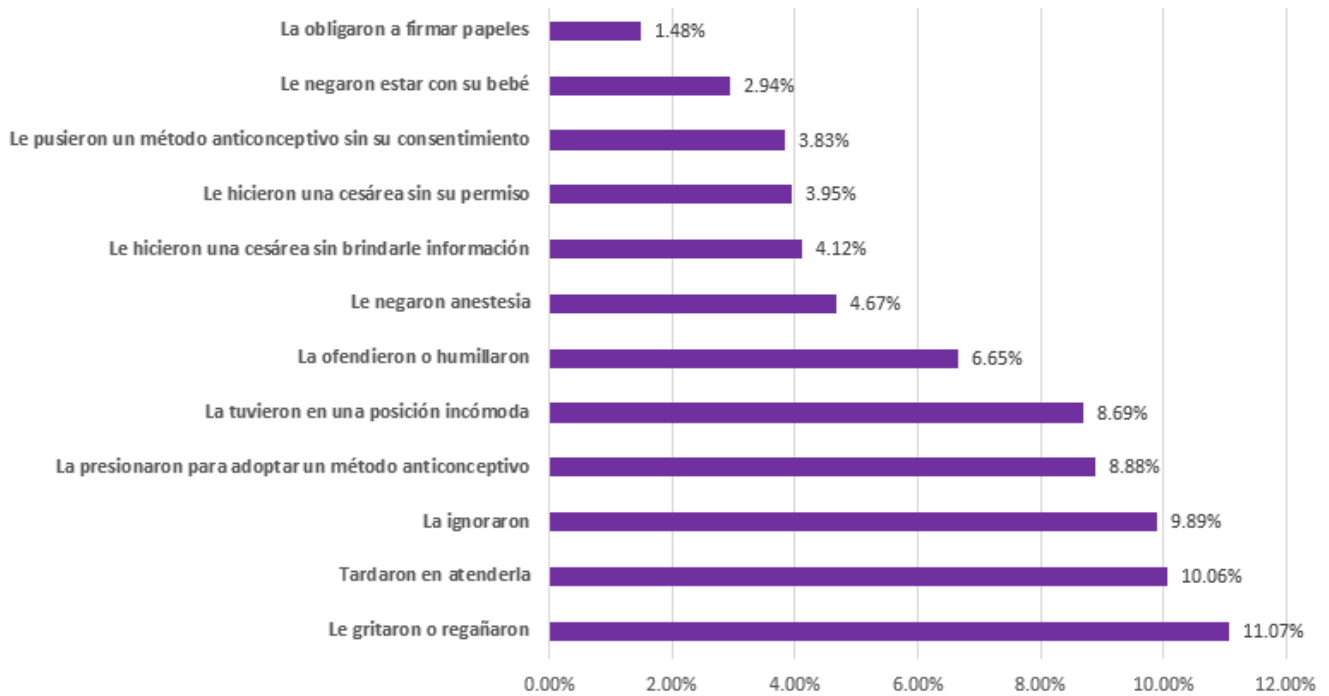
Del total de mujeres entrevistadas 32.1% de ellas declaro haber sufrido algún tipo de violencia en su último parto (Gráfica 2). La expresión de violencia más recurrente son los gritos o regaños con un 11% de ocurrencia. Alrededor de 10% de las mujeres reportaron que se tardaron en atenderlas y 9.89% dijeron ser ignoradas al hacer preguntas. Los tipos de violencia menos recurrentes son el obligarlas a firmar papeles sin información (1.48%), negarles ver a sus bebés (2.94%) y la esterilización sin su consentimiento (3.83%) (Gráfico 3).

Gráfica 2 Porcentaje de mujeres que sufrieron violencia obstétrica



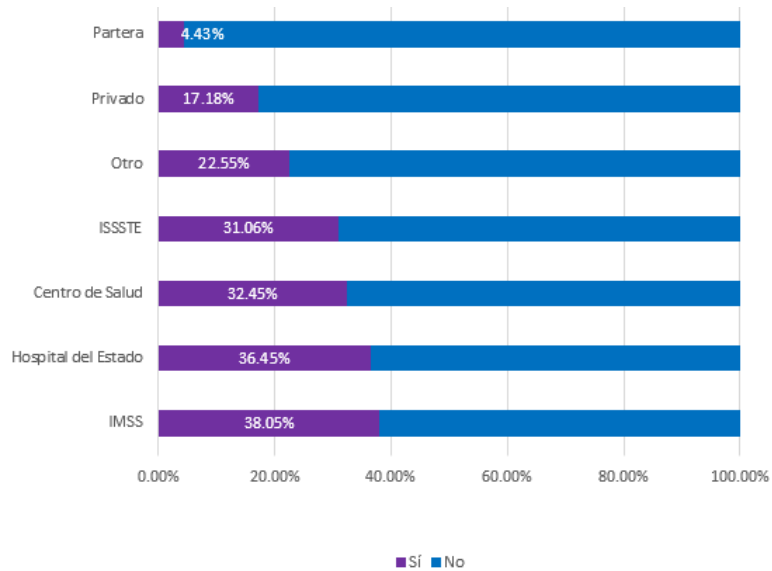
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENDIREH (2016).

Gráfica 3 Porcentaje de mujeres según el tipo de violencia



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENDIREH (2016).

Gráfica 4. Proporción de violencia obstétrica por lugar de parto



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENDIREH (2016)

El lugar donde las mujeres reportaron con más frecuencia haber sido víctimas de alguna actitud o acción violenta es el IMSS (38%), seguido de los hospitales del Estado (36.45%)

(Gráfico 3). Las mujeres que reportan menores porcentajes de violencia se atendieron con parteras (4.43%) y en hospitales privados (17.18%) (Gráfica 4).

4.1.4 Análisis modelo logit binomial

Violencia Obstétrica

$$\begin{aligned} &= \beta_1 \text{Edad} + \beta_2 \text{Lugar de atención} + \beta_3 \text{Estrato} + \beta_3 \text{Indígena} \\ &+ \beta_4 \text{Dominio} \end{aligned}$$

A través de un modelo logit binomial se busca predecir la probabilidad de ocurrencia o no ocurrencia de un suceso (Paladino 2017). En este estudio se busca saber cuál es la relación que tienen las cinco variables arriba expuestas en la probabilidad de que una mujer haya sido víctima de violencia obstétrica.

Al analizar primero el impacto que tienen las características sociodemográficas de las mujeres se observa que la edad es una variable significativa que tiene una relación negativa con la violencia, es decir que por cada año que cumplen las mujeres la probabilidad de que sufran violencia disminuye (Tabla 5). Además, encontramos que no existe una diferencia significativa en la prevalencia de violencia entre los estratos socioeconómicos bajos, medio bajo y medio alto. Sin embargo, sí se puede encontrar una diferencia significativa entre el estrato bajo y el estrato alto, donde las mujeres que pertenecen a este último tienen una probabilidad menor de sufrir violencia en comparación con aquellas del estrato bajo.

Las mujeres que se identifican como indígenas no parecen tener una probabilidad significativamente mayor a sufrir violencia en comparación con las mujeres no indígenas. Este resultado va en contra de la hipótesis inicial. Esto podría deberse a que las mujeres indígenas suelen tener más partos en casa, ya sea solas o con parteras. También puede deberse a la falta de preguntas que atienden a las formas específicas de violencia que se ejerce sobre ellas. En lo que refiere al tipo de asentamiento donde viven las mujeres, no existe una diferencia significativa entre aquellas que viven en una zona rural o un complemento urbano. En cambio, se puede observar que las mujeres que viven en áreas urbanas tienen una probabilidad significativamente mayor de ser violentadas que aquellas que viven en zonas rurales. Esto puede deberse a que las zonas urbanas suelen tener mayor densidad poblacional, lo que puede derivar en una saturación de los servicios de salud.

Tabla 5 Resultados modelo logit binomial

	Coeficientes estimados	Desviación estándar	P-valor
Edad	-0.01879	0.003524	9.78e-08 ***
E. Bajo	Referencia		
E. Medio bajo	0.070146	0.065081	0.281
E. Medio alto	0.11386	0.090293	0.207
E. Alto	-0.242771	0.131575	0.065 *
Indígena	0.044631	0.051345	0.385
Rural	Referencia		
Complemento Urbano	-0.011229	0.065375	0.864
Urbano	0.338626	0.068427	7.53e-07 ***
Privado	Referencia		
Centro de Salud	0.805451	0.098639	3.37e-16 ***
IMSS	1.03875	0.081388	< 2e-16 ***
ISSSTE	0.831657	0.17336	1.62e-06 ***
H. Edo	1.00813	0.08005	< 2e-16 ***
Partera	-1.428863	0.241369	3.27e-09 ***
Otro	0.139135	0.202077	0.491
Valores de significancia p> '****' 0.001 '***' 0.01 '*' 0.05 '**' 0.1			

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENDIREH (2016)

La pregunta principal que se buscaba responder con el modelo era si las mujeres que se atienden en hospitales públicos tienen una probabilidad mayor de sufrir violencia. Como se puede observar en la Tabla 5, las mujeres que se atienden en los hospitales de salud pública tienen una probabilidad significativamente mayor a ser violentadas que aquellas que se atienden en hospitales privados. La mayoría de los lugares en donde las mujeres se atienden tienen una relación positiva con la variable violencia, a excepción de aquellas que acuden con parteras, por lo que atenderse en un hospital público de los principales institutos del Sistema Nacional de Salud pone en un riesgo mayor a las mujeres. Este no es el caso para las mujeres que se atienden con parteras, pues la relación que existe entre la violencia y la atención de parteras es inversa.

Quienes dan a luz con una partera tienen una probabilidad menor de sufrir violencia en comparación con las mujeres que se atienden en hospitales privados.

El resultado del modelo confirma la hipótesis establecida. Los hospitales y clínicas de salud pública imponen un riesgo mayor a las mujeres al momento de dar a luz en comparación con los hospitales privados. La siguiente pregunta que esta investigación pretende resolver es ¿Por qué? ¿Qué hace que los hospitales públicos sean significativamente más violentos para las mujeres? La propuesta es resolver a esta pregunta analizando las acciones de aquellos que trabajan dentro de los hospitales, quienes tienen contacto directo con las mujeres y definen la experiencia que ellas tendrán de su parto, el personal de salud de primera línea.

4.2 Entrevistas semiestructuradas

Se realizaron seis entrevistas al personal de salud a nivel nacional. Las entrevistas se llevaron a cabo de manera remota a través de videollamada entre los meses de abril y mayo de 2021. La modalidad fue remota dado que esta tesina fue escrita en los meses donde la pandemia del COVID-19 continuaba activa, lo que impedía reuniones y visitas a los hospitales. La incorporación de los entrevistados se hizo a través de dos estrategias, la primera fue el método de la “bola de nieve” en el que los mismos profesionales indicaron a otros potenciales entrevistados, la segunda fue el acercamiento directo a médicos ginecobstetras conocidos. Aunque se reconoce que el número de entrevistas es bajo, es importante destacar que a través de él no se busca generalizar ni encontrar causalidad. La riqueza de la información obtenida a través de las entrevistas se encuentra a un nivel cualitativo, dando paso a la generación de estudios posteriores.

Las características de los entrevistados están distribuidas de la siguiente manera: cuatro son mujeres y dos son hombres; tres de ellos son médicos especialistas en ginecobstetricia, uno es residente de primer año, uno residente de tercer año y el último es pasante. Del total, cinco tienen experiencia trabajando en hospitales tanto públicos como privados y el pasante sólo en hospitales públicos. Todos tienen experiencia laborando en más de un instituto del Sistema Nacional de Salud, los institutos a los que han pertenecido son el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud. Cuatro de ellos laboran en la Ciudad de México, uno en Michoacán y uno en Sonora, todos en la capital de su estado.

Para la codificación de las entrevistas se utilizó la clasificación de familias de *coping* previamente discutida de Tummers y otros (2015). Dado que el objetivo de esta investigación es encontrar la relación entre los factores del trabajo del personal y la violencia ejercida contra las mujeres, el análisis de las entrevistas se dividió en las familias de *coping* “Alejarse del cliente” y “Moverse en contra del cliente”. En las siguientes líneas se relacionan los testimonios del personal médico con las familias de *coping* y su conexión con la violencia obstétrica.

4.2.1 Alejarse del cliente

Rutinización

La rutinización permite atender al mayor número de pacientes en el menor tiempo posible, es una forma de procesamiento de masas (Lipsky 2010). Los médicos identifican la mecanización de sus procedimientos como consecuencia del exceso de trabajo que tienen y la falta de personal para atender a todas las pacientes. La consecuencia del procesamiento de masas es el desconocimiento de las necesidades particulares de cada paciente y el trato uniforme a cuerpos con necesidades y dolencias distintas. En un estudio antropológico realizado por Smith-Oka (2013) la autora documenta cómo los médicos de un hospital público en Puebla adoptan de manera rutinaria la práctica del examen vaginal para llevar el control de la evolución del parto, sobrepasando el número de veces de tactos recomendado por la OMS y provocando dolores y molestias innecesarias a las pacientes.

Cita representativa: “En el IMSS yo creo que fue donde más me desesperé. O sea, yo creo que lo que hice fue que me mecanicé, como que quite esta parte humana, así [atendía a] la que sigue, la que sigue, porque eran muchas”- Entrevista 2_GM

Culpar al cliente

La tendencia de los burócratas de culpar a los clientes por la mala atención que reciben se origina en la necesidad de alejar esa culpa de ellos mismos (Lipsky 2010). Culpar al cliente o a los factores contextuales relacionados con su realidad social, los absuelve de la responsabilidad de los malos servicios (Baviskar y Winter 2017). A lo largo de las entrevistas, el personal de salud reconoció que las características sociodemográficas de algunas pacientes pueden presentar un reto al momento de tratarlas. Algunos llegaron a contar experiencias en las que médicos culpan a las pacientes por las decisiones reproductivas que han tomado. Este

pensamiento repercute en la experiencia de las mujeres, al brindarles un trato poco empático y distanciado. De acuerdo con un estudio realizado por Perera y otros (2018) la culpa puede ser percibida por las mujeres como una forma de agresión emocional, haciéndolas sentir humilladas y avergonzadas.

Cita representativa: “Entonces creo que los mecanismos erróneos que muchos generan es la falta de empatía o la culpa a la paciente, por la frialdad. O sea, son mecanismos de defensa que hacen los médicos y que muchas veces repercuten directamente en la paciente”- Entrevista 1_GM

Racionar la oferta

El racionamiento se da cuando los burócratas tienen la posibilidad de negar o limitar el acceso a los servicios que proveen, principalmente con el objetivo de que la carga laboral se vea disminuida en un momento determinado (Tummers et al. 2015). En la atención obstétrica, el racionamiento se manifiesta a través de la limitación de los servicios, por ejemplo, al regresar a las mujeres a sus casas hasta que hayan dilatado hasta cierto grado o hacerlas esperar en diferentes salas, o en la negación de la atención por falta de recursos y espacios suficientes. En un tribunal simbólico realizado por GIRE (2016), varias mujeres dieron sus testimonios dentro del sector salud mexicano al momento de la atención al parto, en él contaron que al negarles el servicio o hacerlas esperar sufrieron complicaciones prevenibles, que derivaron en consecuencias para su salud y la de su bebé.

Cita representativa: “El obstáculo del otro hospital es que, al ser un centro de referencia a nivel nacional, nos limita mucho la atención de bebés pretérmino, bebés prematuros. Porque nuestra unidad de cuidados intensivos, a pesar de que es una de las más grandes de México, casi siempre está llena porque somos centro de referencia. Muchas veces tenemos que limitar la atención de las señoras, porque no tenemos un espacio para un recién nacido prematuro.” – Entrevista 4_GH

4.2.2 Moverse contra el cliente

Agresiones

Existen dos explicaciones diferentes del por qué los burócratas pueden reaccionar de manera agresiva hacia los clientes. La primera está relacionada con una actitud de defensa, en

la que la agresión surge como una reacción al maltrato que ellos mismos reciben de las personas a las que atienden (Tummers et al., 2015). El segundo se relaciona con la expresión de sus frustraciones a través del maltrato a los clientes (Tummers et al., 2015). En las entrevistas el personal de salud reconoce que existen agresiones en forma de maltrato físico y psicológico hacia las mujeres y que estas agresiones están relacionadas tanto con el contexto laboral como con la historia de vida de los profesionales que realizan el maltrato.

Cita representativa: “Otra [cosa] también es el cansancio de tener que atender a tanta paciente. Muchas veces es la madrugada y ya viste a unas 30 pacientes al día, y ya estás hasta el gorro. Y te llega a una paciente en trabajo de parto y si es muy difícil atender a alguien en buena manera o con toda la actitud, a que si viéramos, no sé, 15 pacientes, yo digo.”- Entrevista 6_PM

Seguimiento rígido de la regla

De acuerdo con Lipsky (2010) el seguimiento rígido de la regla es la forma en que los burócratas evitan la discrecionalidad y limitan su responsabilidad en la toma de decisiones. Esto les permite defenderse de las presiones de clientes y justificar sus acciones (*Ibid.*) En las entrevistas, los médicos identificaban que los procedimientos y reglas dentro del hospital les servían como elementos de defensa en caso de que algún insumo faltara o no pudieran otorgar una atención adecuada. El seguimiento rígido de reglas al atender a las mujeres podría implicar anteponer la norma a las necesidades particulares, otorgándole a la institución el papel principal en el parto y a las mujeres uno secundario (Jardim y Modena 2018).

Cita representativa: “Si tú en una nota pones que la operaste con los insumos más precarios porque no había, entonces de una u otra forma estás justificando que no usaste el material idóneo para llevar a cabo el procedimiento quirúrgico” – Entrevistado 4_GH

4.2.3 Diferencias entre lo público y lo privado

Al inicio de esta investigación se realizó un logit binomial en el que se demostró que las mujeres que se atienden en hospitales públicos tienen una mayor prevalencia de violencia en comparación con aquellas que se atienden en hospitales privados. En las entrevistas se realizaron preguntas con el objetivo de encontrar si las condiciones de los hospitales públicos realmente

derivan en las estrategias de *coping* que pueden llevar a ciertos tipos de violencia obstétrica y si estas no existen en el medio privado. A lo largo de las entrevistas el personal de salud encontró conexiones entre las características de los hospitales públicos como burocracias a nivel de calle y algunas formas de violencia en la atención del embarazo, parto y postparto. Las características principales de las burocracias a nivel de calle que se relacionan con la prevalencia de ciertos tipos de violencia obstétrica son la demanda interminable de los servicios, la escasez de recursos y la atención a pacientes que no tienen otra opción de atención.

En primer lugar, el número de pacientes dentro de los hospitales privados es mucho menor que el de los públicos, esto permite que exista menos rutinización y más atención personalizada para las mujeres.

Cita representativa: “En un hospital privado se tarda un trabajo de parto, dependiendo el dolor de la mujer, pero en promedio unas 8 horas [...] Pues en el hospital público las mujeres parían en un promedio de 2 horas, o sea porque ya las ingresaban con mucha dilatación” – Entrevista 4_GM

En segundo lugar, dentro de los hospitales privados los recursos con los que debe trabajar el personal no escasean, por lo que no existen faltas a la atención de las pacientes relacionada con la falta de insumos

Cita representativa: “Muchas veces tal vez si tienes que recurrir a cuestiones más de simpatía para tratar de dispensar algunas faltas hospitalarias, tratando de justificar de una u otra forma cuando no tienes algo [...] cosas que pasan en el hospital público al 100% y que no pasan en el hospital privado porque difícilmente un hospital privado no tiene insumos” - Entrevista 4_GM

Siguiendo la tipología de violencia obstétrica de Bowser y Hill (2010), la saturación de la atención de los servicios en conjunto con la escasez de recursos puede resultar en la provisión de cuidados indignos y abandono. Por un lado, los cuidados son indignos pues no se provee a las mujeres con la atención necesaria para alcanzar su máximo nivel de salud. En las entrevistas el personal médico relata en sus experiencias que hubo ocasiones en las que las mujeres no recibían anestesia porque no había en el hospital o eran revisadas sin los insumos necesarios para atender el parto. Por otro lado, el abandono a las mujeres se puede observar cuando en

ocasiones los médicos debían negar la atención a las pacientes o a sus bebés por falta de espacio e insumos para tratar sus padecimientos dentro del hospital.

Por último, los médicos perciben que las pacientes a las que atienden en los hospitales públicos tienen ciertas características que las definen y que son diferentes con aquellas que atienden en hospitales privados. Estas características en cierta medida delimitan el tipo de atención que se les puede brindar

Cita representativa: “Yo creo que lo más retador, lo más complicado para mí específicamente fue trabajar en un hospital de la Secretaría de Salud del Estado de México. Eso fue muy complejo para mí porque el tipo de paciente que acude a esos hospitales es una paciente muy diferente, porque muchas nunca asisten a un control prenatal. De pronto llegan las pacientes ya para tener al bebé o sea ya en trabajo de parto ya con una complicación incluso” - Entrevista 2_GM

Aquí es importante señalar que, aunque los médicos reconocen las diferencias que existen entre los hospitales públicos y privados, también dejan claro que hay grandes diferencias en la atención entre los mismos hospitales públicos. Es decir, no es lo mismo atender a una paciente dentro del IMSS, ISSSTE o un hospital del Estado, tanto por la cultura organizacional y los insumos, como por el tipo de pacientes que acuden a cada institución.

5. Conclusiones

La hipótesis planteada en esta tesina es que el porcentaje mayor de violencia obstétrica en los hospitales públicos, en comparación con los privados, se puede explicar parcialmente por la naturaleza del trabajo público que los médicos realizan como burócratas a nivel de calle. En relación con esta hipótesis, se encontraron tres hallazgos principales.

El primero es que algunas de las diferentes formas de *coping* que el personal médico utiliza en la atención obstétrica sí pueden traducirse en diversas expresiones de violencia. Las estrategias que buscan alejarse del cliente generan cuidados indignos y abandono (Bowser y Hill 2010). La rutinización ignora las necesidades particulares de las mujeres, el racionamiento de deriva en una atención tardía del parto o en la negación de servicios y transferir la culpa al cliente provoca un cuidado poco empático hacia las necesidades de las mujeres en el parto. Los mecanismos de *coping* que tienen como objetivo moverse contra el cliente provocan agresiones, cuidados indignos y abandono. El personal puede agredir física y verbalmente a las mujeres o justificar sus acciones a través de las reglas y procedimientos hospitalarios.

El segundo hallazgo es que no toda la violencia obstétrica parece estar motivada por una razón de género. A lo largo de las entrevistas se pueden identificar dos fuentes de violencia: la perpetuada por los médicos y la perpetuada por el sistema de salud. El primer tipo, pareciera provenir de una intención de maltratar a las pacientes, que podría caer dentro de la familia de *coping* moverse contra el cliente. Este tipo de violencia está relacionada con el género y otras características sociodemográficas de las mujeres, por ejemplo:

“Alguien que le grita a una paciente, alguien que le dice ¿Por qué abriste las piernas y ahorita estás llorando? ¿Qué es lo que querías? ¿Pues qué esperabas? No sé, se muere el bebé porque la señora no sabía y no acudió a valoración y le dicen ¿pues qué esperabas? o tiene dolor. Pues abriste las piernas ¿no? ¿Pues qué querías?” –
Entrevista 1_GM

El segundo tipo, es el resultado de un sistema de salud ineficiente con el que los funcionarios tratan de lidiar de la mejor manera posible. Es decir, en ocasiones el origen de la violencia es inherente al contexto en el que los médicos trabajan y las mujeres dan a luz y no una consecuencia de la discriminación por género. Es un tipo de violencia no intencionada por parte del médico y que ocurre por las fallas del sistema de salud, por ejemplo:

“Es feo trabajar sin nada, te da mucha desesperación que la gente se muera y que tú no tengas nada (...) Que le digas que no se va a llevar un bebé, que se murió porque no había nada te da mucha impotencia. Te enoja mucho que no haya algo para un bebé, que no haya algo que tú puedas comprar. Por ejemplo, un ventilador que no puedas comprar, las cánulas, esas cosas que dices, no las puedo conseguir, o sea el ventilador no lo puedo conseguir porque cuestan como 500 mil pesos”- Entrevista 3_RM

Este hallazgo es importante por dos razones. La primera es que en la ENDIREH la medición de la violencia pareciera enfocarse en medir las expresiones de violencia relacionadas el género, pero no tiene instrumentos para medir la violencia institucional que no se da por razón de género sino por las fallas en el sistema de salud. El segundo es que, en la búsqueda de una solución, la violencia intencionada y no intencionada no puede ser tratada de la misma forma. Es decir, no puede existir una política pública unidimensional para tratar un problema que tiene múltiples causas.

El tercer hallazgo es que el marco brindado por la literatura de burocracias a nivel de calle y las estrategias de *coping* no es suficientes para explicar las decisiones de los burócratas a nivel de calle en el sector salud mexicano, al menos en el área de ginecobstetricia. La literatura plantea que los burócratas usan su discrecionalidad para tomar decisiones que en cierta medida benefician o perjudican al cliente. En la realidad, podemos observar que los funcionarios de la salud en el área ginecobstétrica actúan, en muchas ocasiones, sin poder tomar una elección que les permita un escenario sin violencia. Es decir, el resultado de sus decisiones inevitablemente terminará perjudicando en cierto grado a alguien:

“Por más que yo intentaba trabajar rápido un día de pronto alguien me dijo: Decide a quién vas a operar, a la paciente que no puede tener cesárea porque se le va a romper el útero o al bebé que se está asfixiando, decide. Y yo ¿cómo voy a decidir?”- Entrevista 1_GM

Esto pudiera deberse a que la literatura se centra en países ricos, por lo que no puede explicar situaciones de extrema escasez que caracterizan a otras realidades, como ya lo exploraron Campos y Peeters previamente (Campos y Peeters 2021).

Esta investigación demuestra cómo las estrategias que el personal de salud genera para lidiar con el estrés, como burócratas a nivel de calle dentro de los hospitales públicos, pueden brindar una explicación a una parte de las causantes de violencia obstétrica. Sin embargo, la violencia obstétrica, como todos los tipos de violencia, es un fenómeno multicausal en el que diversos sistemas se intersecan para resultar en expresiones de maltrato y abuso hacia las mujeres. Esta tesina tiene por objetivo contribuir a las explicaciones que la literatura ha brindado hasta ahora y que son importantes para una explicación integral del fenómeno, como la determinante de género en la relación médico-paciente, la socialización del personal de salud desde su formación o la configuración de los sistemas de salud sectorizados.

Existen varias limitaciones a este estudio, algunas de ellas abren las puertas a nuevas oportunidades de investigación. Por un lado, en las entrevistas fue recurrente la mención de la diferencia que existe en la atención dependiendo del instituto de salud del que se trate. Aquí se demuestra que existe mayor violencia obstétrica en lo público que en lo privado, pero es importante explorar las dinámicas organizacionales específicas de los institutos públicos y su relación con la violencia. De igual forma, los perfiles sociodemográficos de los grupos de mujeres que se atienden en cada instituto de salud mexicano son diferentes entre sí. A pesar de que en este trabajo se reconoce que las características de las mujeres pueden ser un agravante de la violencia, no se profundiza en lo que estas significan en la provisión de los servicios de atención obstétrica del Estado y las formas en que los burócratas conceptualizan y materializan estas diferencias en su trato.

Los profesionales médicos que atienden a las mujeres durante el embarazo, parto y postparto son el vehículo que tiene el Estado para proveer el derecho a la salud desde el inicio de la vida. La violencia obstétrica es una violación a este derecho, un problema público que afecta a 1 de cada 3 mujeres mexicanas que dan a luz, principalmente aquellas que se atienden en hospitales públicos. Para reducir la prevalencia de violencia es importante conocer las múltiples causas que la ocasionan, entre ellas las razones detrás de los comportamientos de los médicos al brindar atención a las mujeres.

Referencias

- Bohren, Meghan. A., Joshua P. Vogel, Erin C. Hunter, Olha Lutsiv, Suprita Makh, Joao Paulo Souza y Dena Javadi. 2015. “The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review”. *PLoS medicine* 12 (6): e1001847. doi:10.1371/journal.pmed.1001847
- Bowser, Diana y Kathleen Hill. 2010. *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth*. United States Agency for International Development, Harvard School of Public Health University Research Co., LLC. https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf
- Briceño Morales, Ximena, Laura Victoria Enciso Chaves y Carlos Enrique Yepes Delgado 2018. “Neither medicine nor health care staff members are violent by nature: Obstetric violence from an interactionist perspective”. *Qualitative health research* 28 (8): 1308-1319.
- Brinks, Daniel, Steven Levitsky y Maria Victoria Murillo. 2019. *Understanding institutional weakness: power and design in Latin American institutions*. Cambridge University Press.
- Bronfman, Mario y Roberto Castro. 1989. “Discurso y práctica de la planificación familiar en América Latina”, *Saúde em Debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)*, núm. 25, 61-68.
- Campos, Sergio y Rik Peeters. 2021. “Policy improvisation: How frontline workers cope with public service gaps in developing countries—The case of Mexico's Prospera program.” *Public Administration and Development*. doi:10.1002/pad.1907
- Carr, Marylou y María Luis a González Riesco. 2007. “Rekindling of nurse-midwifery in Brazil: public policy and childbirth trends”. *Journal of Midwifery & Women's Health* 52 (4): 406-411.
- Castro, Roberto. 2012. “Problemas conceptuales en el estudio de la violencia de género”. En *Controversias y debates a tomar en cuenta. Violencia, género y la persistencia*

de la desigualdad en el Estado de México, coordinado por Norma Baca y Graciela Vélez, 17-38. México: MNEMOSYNE.

- Castro, Roberto y Joaquina Erviti. 2003. “Violations of reproductive rights during hospital births in Mexico”. *Health and human rights*, 90-110.
- Castro, Roberto. y Joaquina Erviti. 2015. *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castro, Roberto y Sonia Frías. 2019. “Maltrato durante la atención obstétrica”. En *De parejas, hogares, instituciones y espacios comunitarios. Violencias contra las mujeres en México (Endireh 2016)*, coordinador por Roberto Castro. México: UNAM.
- Castro, Roberto y Sonia Frías. 2020. “Obstetric violence in Mexico: Results from a 2016 national household survey”. *Violence against women* 26 (6-7): 555-572.
- Castro, Arachu, Virginia Savage y Hannah Kaufman. 2015. “Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America”. *Revista Panamericana De Salud Pública* 38 (2): 96–109.
- Chudnovsky, Mariana y Rik Peeters. 2020. “The Unequal Distribution of Administrative Burden: A Framework and an Illustrative Case Study for Understanding Variation in People’s Experience of Burdens”. *Social Policy & Administration*.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). 2002. *Recomendación General Número 4, México*. CNDH. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Recomendacion-General-04%5B1%5D.pdf>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). 2017. *Recomendación General Número 31, México*. CNDH. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (Cladem). 1999. *Nada personal. Reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996- 1998*. Lima: Cladem.

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, C. 2018. *Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018*. México: CONEVAL.
- Dansereau, Emily, Alexandra Schaefer, Bernardo Hernández, Jennifer Nelson, Erin Palmisano, Diego Ríos-Zertuche, Alex Woldeab, Maria Paola Zúñiga, Emma Margarita Iriarte, Ali H. Mokdad y Charbel El Bcheraoui. 2017. “Perceptions of and barriers to family planning services in the poorest regions of Chiapas, Mexico: A qualitative study of men, women, and adolescents”. *Reproductive Health* 14 (1): 129. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0392-4>
- Diaz-Tello, Farah. 2016. “Invisible wounds: obstetric violence in the United States”. *Reproductive health matters* 24 (47): 56-64.
- Diniz, S. G y A.F. d’Oliveira. 1998. “Gender violence and reproductive health.” *International Journal of Gynecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 63 (1): S33-42. [https://doi.org/10.1016/s0020-7292\(98\)00182-9](https://doi.org/10.1016/s0020-7292(98)00182-9)
- Elmhirst, Rebecca. 2015. “Feminist Political Ecology”. En *Routledge Handbook of Gender and Development*, editado por Anne Coles, Leslie Gray y Janet Momsen, 58–66. ROUTLEDGE.
- Frías, Sonia. 2017. “25 años de investigación cuantitativa y cualitativa sobre violencia en contra de las mujeres en México. Realidad, datos y espacio”. *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 5-57.
- Gajduschek, Gyorgy. 2003. “Bureaucracy: Is it efficient? Is it not? Is that the question? Uncertainty reduction: An ignored element of bureaucratic rationality”. *Administration & Society*, 34 (6): 700-723.
- Gerring, John. 2012. “Mere Description”. *British Journal of Political Science* 42 (4): 721–746. <https://doi.org/10.1017/S0007123412000130>
- GIRE 2015. *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*. México: GIRE y Fundación Angélica Fuentes.

- Hupe, Peter y Aurélien Buffat. 2014. "A public service gap: Capturing contexts in a comparative approach of street-level bureaucracy." *Public Management Review* 16 (4): 548-569.
- INEGI. 2016. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016. ENDIREH. Diseño muestral.* México: INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>
- Jardim, Danubia Mariane Barbosa y Celina María Modena. 2018. "Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics". *Revista latino-americana de enfermagem*, 26.
- Lipsky, Michael. 2010. *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services.* Russell Sage Foundation. <https://www.jstor.org/stable/10.7758/9781610447713>
- Magnone, Natalia. 2011. *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica, X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales.* Montevideo: UdelaR
- Maynard-Moody, Steven y Michael Musheno. 2000. "State agent or citizen agent: Two narratives of discretion." *Journal of public administration research and theory* 10 (2): 329-358.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2015a. *The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-based Childbirth.* Ginebra: World Health Organization. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2015b. *Strategies toward ending preventable maternal mortality.* Ginebra: World Health Organization. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/
- Paladino, Martín. 2017. "Modelos logit con R." Instituto Mora, 5 de abril. https://www.institutomora.edu.mx/testU/SitePages/martinpaladino/modelos_logit_con_R.html

- Penn State. 2021. “Logistic Regression”. 5 de marzo.
<https://online.stat.psu.edu/stat462/node/207/>
- Perera, Dinusha, Ragnhild Lund, Katarina Swahnberg, Berit Schei y Jennifer Infanti. 2018. “‘When helpers hurt’: Women’s and midwives’ stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka.” *BMC Pregnancy and Childbirth* 18 (211): 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1869-z>
- Sens, Maristella Muller y Ana Maria Nunes de Faria Stamm. 2019. “Physicians’ perception of obstetric or institutional violence in the subtle dimension of the human and physician-patient relationship.” *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, núm. 23.
- Sesia, Paola. 2020. “Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma”. En *Violencia obstétrica en América Latina, conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, coordinado por Patrizia Quattrochi y Natalia Magnone. Buenos Aires: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús.
- Smith-Oka, Vania. 2013. “Managing Labor and Delivery among Impoverished Populations in Mexico: Cervical Examinations as Bureaucratic Practice: Cervical Examinations as Bureaucratic Practice.” *American Anthropologist* 115 (4): 595–607. <https://doi.org/10.1111/aman.12046>
- Soto-Toussaint, Luis Héctor. 2016. “Violencia obstétrica”. *Revista Mexicana de Anestesiología* 39 (S1): 55-60.
- Sundari, T. K. 1992. “The untold story: how the health care systems in developing countries contribute to maternal mortality”. *International Journal of Health Services* 22 (3): 513-528.
- Terán, Pablo, Carlos Castellanos, Mireya González Blanco y Damarys Ramos. 2013. “Violencia obstétrica: percepción de las usuarias”. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 73 (3): 171-180.
- Tummers, Lars, Victor Bekkers, Evelin Vink y Michael Musheno, M. 2015. “Coping during public service delivery: A conceptualization and systematic review of the

literature”. *Journal of Public Administration Research and Theory* 25 (4): 1099-1126.

Walker, Liz y Lucy Gilson. 2004. “‘We are bitter but we are satisfied’: nurses as street-level bureaucrats in South Africa”. *Social Science & Medicine* 59 (6): 1251-1261.

Anexos

I. Características de las entrevistas

Código	Profesión	Sexo	Estado
1_GM	Ginecobstetra, Neonatóloga	Mujer	CDMX
2_GM	Ginecobstetra	Mujer	CDMX
3_RM	Residente 3 año ginecobstetricia	Mujer	CDMX
4_GH	Ginecobstetra, Urología ginecológica	Hombre	CDMX
5_GH	Residente 1 año ginecobstetricia	Hombre	Michoacán
6_PM	Pasante	Mujer	Sonora

Fuente: Elaboración propia

II. Protocolo de entrevistas

Este script es una guía para las entrevistas dirigidas al personal de salud dentro del área de atención obstétrica. Las preguntas desarrolladas debajo pueden cambiar de acuerdo con el desarrollo de la entrevista.

Script

El propósito de esta entrevista es obtener información para la elaboración de mi tesina dentro de la Maestría de Administración y Políticas Públicas del CIDE. Las respuestas serán utilizadas exclusivamente con fines académicos y se publicarán de manera anónima, no se usarán los datos personales de ningún participante. Su participación es completamente voluntaria por lo que puede retirarse en el momento que lo desee.

A través de esta entrevista me interesa platicar de su experiencia en dos temas. El primero es conocer cuáles son los retos que enfrenta el personal médico al trabajar dentro de un hospital público en el área de obstetricia y las formas como lidian con esos retos. El segundo es comprender de qué manera sus condiciones de trabajo afectan las relaciones que construye con sus pacientes.

Antes de comenzar, me gustaría saber si me otorga su consentimiento para grabar esta entrevista. El propósito de la grabación es mantener la fidelidad de sus palabras. Yo realizaré una transcripción de lo aquí dicho y posteriormente le enviaré una copia de la grabación con la transcripción. Una vez finalizada mi tesis las grabaciones serán eliminadas.

Preguntas:

Sección 1. Experiencia en el sector salud

1. Primero, me gustaría que me platicara un poco acerca de cuál ha sido su experiencia en el sector salud.
 - a. ¿Cuál es su especialidad?
 - b. ¿Cuántos años lleva practicando tu profesión?
 - c. ¿En qué institución trabaja actualmente?
 - d. ¿En cuáles instituciones ha trabajado en el pasado?

2. ¿Cómo es un día de trabajo promedio dentro del hospital?
 - a. ¿Qué actividades realiza?
 - b. ¿A cuántas pacientes atiende?
 - c. ¿Cuál es el perfil típico de una mujer que acude a ese hospital?

Sección 2. Condiciones laborales y retos en la provisión de servicios

1. ¿Cuáles cree que son los retos más grandes de trabajar en un hospital público?
 - a. ¿Me podría platicar alguna historia de algún caso extremo que usted o algún compañero suyo haya tenido que atender trabajando en el hospital?
 - b. ¿Qué fue lo que lo hizo difícil?
 - c. ¿Cómo logró afrontar o solucionar ese caso?
2. ¿Cómo cree que los retos de su trabajo afectan la relación que tiene con sus pacientes?
 - a. ¿Cree que las pacientes reciben un trato adecuado? ¿Por qué?
 - b. ¿Cuáles crees que sean las causas de que exista una mala relación paciente-doctor?
3. ¿Qué cosas tendrían que cambiar para que los retos que me platica dejaran de existir?
4. ¿Usted cuáles cree que son las principales diferencias entre trabajar en un hospital público y uno privado?

Muchas gracias por sus respuestas, eso sería todo por mi parte. ¿Hay algo más que yo no haya preguntado y que a usted le gustaría agregar?

Antes de terminar, quisiera saber si usted podría recomendarme alguna persona a las cuales yo podría entrevistar para continuar con mi investigación.

III. Clasificación de los mecanismos de *coping* por familia

Alejarse del cliente		
Código	Entrevistado	Cita
Rutinización	2_GM	En el IMSS yo creo que fue donde más me desesperé, lo que hice fue que me mecanicé, o sea como que quite esta parte humana. Así, la que sigue, la que sigue, porque eran muchas. A parte, si me ponía a platicar con una ya estaban las otras diez esperando. Entonces [les decía] 'La que sigue. Sí señora muy bien, muchas gracias aquí tiene su hoja, tiene cita abierta a urgencias, bye'.
	3_RM	Es que cómo lo haces tanto y a tanto volumen piensas que tu trabajo ni siquiera es tan importante. Porque lo haces tantas veces y tanto y tan rápido y sin que nadie te diga que lo hiciste muy bien.
Culpar al cliente	1_GM	[Los médicos] creen que su pequeño mundito de medicina de la atención a los diez partos que atendemos en un día es México. Y la verdad es que no te das cuenta que hay un chorro de factores que empobrecen la información que se le brinda a las pacientes y las culpan a ellas de las situaciones.
	1_GM	A muchas pacientes yo le decía: - '¿Quiere tener más hijos?' - 'No' - '¿Quiere que la operemos?' - 'No' - '¿Por qué?' - 'Porque tengo que pedir permiso a mi esposo, porque las hormonas me van a volver locas.' Y muchos doctores son como 'ah pues sí, equis como quieras ' y culpando a la mujer. En lugar de ponerse a

		pensar qué vida ha de tener esta persona con este hombre que le tiene que pedir permiso
	1_GM	Creo que los mecanismos erróneos de pronto muchos generan es la falta de empatía o la culpa la paciente por la frialdad. O sea, son mecanismos de defensa que hacen los médicos y que muchas veces repercuten directamente en la paciente
	2_GM	Yo creo que lo más retador, lo más complicado para mí específicamente fue trabajar en un hospital de la Secretaría de Salud del Estado de México. Eso fue muy complejo para mí porque el tipo de paciente que acude a esos hospitales. Es una paciente muy diferente, porque muchas nunca asisten a un control prenatal. De pronto llegan las pacientes ya para tener al bebé, o sea ya en trabajo de parto, ya con una complicación incluso
	2_GM	Eso para mí fue muy complicado, los tiempos, el tipo de paciente, la cantidad de pacientes y aparte desconocidas totalmente. Porque la gran mayoría llegaban y ni siquiera habían llevado un control prenatal. No sabíamos ni quién era, no sabíamos si siquiera habían tomado vitaminas en el embarazo, si habían hecho diabetes gestacional, no sabemos nada de las pacientes. Eso para mí era muy complicado y consideró que era el factor de riesgo que precipitaba a que hubiera complicaciones en las pacientes, el desconocimiento de la paciente por parte nuestra.

	3_RM	O sea, porque luego te llegan a las 3 de la mañana [las pacientes]: 'Quiero que me quite el DIU' ¿Por qué no estabas dormida? ¿Qué estabas pensando para que digas, justo ahora quiero que me quiten el DIU?.
	3_RM	Entonces vas a otro hospital y son muy groseros con las pacientes. Sí hay mucho volumen de trabajo, pero a nosotros siempre nos inculcan la idea de que así tu vayas a salir de guardia a las siete de la mañana, la señora no tuvo la culpa de haberse enfermado a las 6:45 o de querer parir a las 6:45.
	4_GH	Siempre he pensado que las pacientes informadas son las que menos se te complican. Es la paciente que más te entiende, la que menos te demanda. Porque eres completamente honesto y le dices, oye te tengo que hacer este procedimiento, a pesar de que no tenemos todo lo necesario haremos todo lo posible por que tu bebé y tú estén bien.
	6_PM	A parte de todos los factores que ya dijimos, la falta de recursos, falta de personal, el agotamiento también laboral de todos, sí es muy común que exista ese tipo de maltrato gineco obstétrico. Y más cuando las pacientes están en trabajo de parto, porque, por ejemplo, entre los gritos de ellas mismas, de la desesperación del dolor de su estado, el médico sí se desespera. Sí es algo feo de ver y tu como interno estás ahí nada más observando y los médicos pues están con sus maltratos.
	6_PM	También algo muy importante que es el control del dolor, que muchas veces los médicos son como de 'no le pongas nada para el dolor al cabo que ya tuvo cuatro embarazos ya sabe que le va a doler'. Y la mujer está ahí grite y grite y pues también eso influye en el trato de cierta manera entre

		<p>el paciente y el médico. Muchas veces pues por la misma desesperación de su estado no atienden instrucciones y eso es muy común a que el médico grite a que el médico dé órdenes de no te estés moviendo, vas a lastimar a tu bebé si no pujas y eso es muy común.</p>
Racionar la oferta	1_GM	<p>Te tienes que acostumbrar a que las cosas así, que no se puede. Por más que yo intentaba explicar y por más que yo intentaba trabajar rápido, un día de pronto alguien me dijo 'Decide a quién vas a operar, a la paciente que no puede tener cesárea porque se le va a romper el útero o al bebé que se está asfixiando, decide' ¿Y yo cómo voy a decidir?</p>
	2_GM	<p>La cantidad de pacientes es infinita, realmente hay muy pocos médicos para la cantidad de pacientes que se ven en ese tipo de hospitales. De pronto tenemos esperando a las pacientes en sala de espera dos o tres horas, pero no porque no se quisieran pasar, sino porque [pasan] una tras otra. Y no se podía acelerar, porque obviamente tenemos que atenderlas bien, o sea aparte de rápido bien.</p>
	2_GM	<p>De pronto había muchas pacientes, nos exigían mucho a los médicos tratantes y no nos daban el material necesario. Creo que eso es de lo más complejo que me ha tocado vivir. Otras cosas complejas, por ejemplo, pacientes muy delicadas que batallamos mucho para trasladarlas porque yo estaba en hospitales muy pequeñitos, no pequeños, sino que no había terapia intensiva y no los podíamos enviar [a otro] porque no había cupo. No es que no los recibieran, sino que no había cupo en la terapia intensiva y entonces teníamos que suplicar para que nos recibieran a las pacientes complicadas.</p>

	2_GM	Tú revisas a una paciente y le dices 'Mira, te falta, regresa en cuatro horas'. Porque esto es lo que está sucediendo, no es porque no la quieres atender si tú estás alquilado para eso. Pero no tienen ningún caso hospitalizarla ahorita si ella puede avanzar solita en casa cuatro horas.
	2_GM	[En los hospitales públicos] de pronto tienes 15 minutos para atender a una paciente. Yo por ejemplo en pacientes que les hago ultrasonido me tardo hasta hora y media en su consulta, hora y media y me siento así toda presionada. Entonces en 15 minutos no vas a poder explicar todo a la paciente y a lo mejor dice 'Hijole, vine desde quién sabe dónde dos o tres horas para que me atendiera la doctoras y me dio una consulta de diez minutos'.
	3_RM	Sí cambia mucho en el volumen de las pacientes, el volumen es impresionante. Tu por más que te quieras dividir en mil no le terminas de dar la atención que merece a la paciente.
	3_RM	En la consulta de urgencias te tardas 15 minutos. El problema que tenga tu lo debes de solucionar en 15 minutos, lo que sea. En 15 minutos tú decides si se hospitaliza, si se va a su casa, lo que sean 15 minutos no te puedes tardar más
	3_RM	Cuando fui a presentar a mi paciente [al IMSS] me dicen: 'Sí, déjala ahí' Y yo con mi cara como de ¿ahí donde? La gente acostada en el piso, o sea cómo crees que la voy a dejar tirada en el piso. Y me acuerdo que era una chavita que estábamos dudando que tuviera e cáncer de ovario pero no teníamos tomografía, no teníamos nada y la chava tenía IMSS y se le pidió el traslado al IMSS. Y me dicen: 'Sí ahí déjala' Y dije: 'No, pero es que le duele. La camilla es mía, no sé si me puedes prestar una camilla' Y me dicen: 'Pues

		espérate a que haya camillas, no hay camillas en todo el hospital'.
	3_RM	Y sí es feo trabajar sin nada. Te da mucha desesperación que la gente se muera y que tú no tengas nada. A nosotros gracias a dios las embarazadas no se nos mueren tanto, los bebés sí. Cuando llegan a salir muy chiquitos pediatría no tiene nada, entonces mucha desesperación. No podía estar adentro de la mamá, ya lo tenía que sacar porque se nos iba a morir ahí adentro y lo sacó para que se muera afuera.
	3_RM	Que le digas que no se va a llevar un bebé, que se murió porque no había nada [de material] te da mucha impotencia. Te enoja mucho que no haya algo para un bebé, que no haya algo que tú puedas comprar. Por ejemplo, un ventilador que no puedas comprar, las cánulas, esas cosas que dices no las puedo conseguir. O sea, el ventilador no lo voy a conseguir porque cuestan 500 mil pesos.
	4_GH	El obstáculo del otro hospital es que, al ser un centro de referencia a nivel nacional, nos limita mucho la atención de bebés pretérmino, bebés prematuros. Porque nuestra unidad de cuidados intensivos, a pesar de que es una de las más grandes de México, pues casi siempre está llena porque somos centro de referencia. Muchas veces tenemos que limitar la atención de las señoras, porque no tenemos un espacio para un recién nacido prematuro.
	4_GH	A finales del periodo de esta temporada faltan muchas cosas. Desde que no tenemos guantes o sólo hay guantes de tal número y no hay de todos los números, pero hay temporadas donde hay prácticamente todo. Lo de los bebés es por una cuestión física, o sea era una cuestión de espacio. Una cuna de un cuidado neonatal requiere de

		oxígeno de aspiración y demás. No estoy bien seguro, pero son más de 100 camas en la unidad de pacientes neonatales y aun así es insuficiente.
	5_GH	Sí tenemos muchas de estas situaciones casi a diario. En una ocasión, a pesar de que el hospital donde estoy es nuevo y está al doble de la capacidad que estaba anteriormente, hubo un tiempo en el que tuvimos muchas pacientes y casi todas eran complicadas, entonces sus bebés eran prematuros. Recuerdo que nos llegó un mensaje sobre si podemos aceptar una paciente, ya la habían aceptado, que tenía un estado hipertensivo del embarazo, pero su bebé aun así estaba muy pequeño y necesitábamos un espacio en neonatología para que el bebé pudiera estar ahí, por parte de gineco sí había lugar. Entonces recuerdo que fue muy frustrante porque ya teníamos a la paciente ahí pero no tenían espacio en neonatología.
	6_PM	De la institución, por ejemplo, siempre estaba saturado el lugar, o sea las camas, las salas siempre eran muy poquitas o no había bastante personal para atenderlas. O sea, si somos bastantes, pero por ejemplo un trabajo de parto necesita de al menos dos personas. Una que esté viendo, que esté ayudando y el otro que esté atendiendo al bebé. Hay veces [en que] eso no es posible y una persona es la que se tiene que quedar ahí o en las salas donde se quedan las mamás ya en el trabajo de parto, la evolución pues si es así tienes que tener bastante atención en ellas, y pues la verdad es que no se tiene
	6_PM	Éramos como cuatro internos más o menos para unas diez mamás, entonces sí nos dividíamos de trabajo, pero entre las indicaciones, las notas de evolución, las partogramas,

		estar viendo a cada una, pues sé terminas descuidando a algunas pacientes por estar haciendo cosas administrativas.
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Elaboración propia con base en Tummers et al. (2015)

Moverse contra el cliente		
Código	Entrevistado	Cita
Agresión	1_GM	Yo creo que alguien que le grita a una paciente, alguien que le dice '¿Por qué abriste las piernas y ahorita estás llorando? ¿qué es lo que querías? ¿pues qué esperabas?' No sé, se muere el bebé porque la señora no sabía y no acudió a valoración '¿Pues qué esperabas?' o tiene dolor '¿Pues abriste las piernas, no? ¿Qué querías?' o sea me parece que este este tipo de juicios, que está juzgando desde tu perspectiva las decisiones a una persona, hasta esterilización forzada es como un espectro como el espectro autista, o sea desde lo más leve hasta lo más. Yo creo que no puede ejercer alguien que le dice eso a una persona.
	1_GM	Lo mismo pasa al obligar a alguien a operarse, es lo mismo de grave que aquella persona que le dice una mujer '¿Por qué estás abortando? ¿por qué no te cuidaste? Ahorita estás gritando, pero hace rato no'. Lastimarlas al hacer el tacto vaginal, ese tipo de cosas es un espectro. A mí me parece que nadie que ejerce ese tipo de violencia puede estar [ejerciendo] porque es peligroso. Porque esa persona ya demostró, a nivel pequeño, que puede hacer ese tipo de humillación.
	3_RM	La canalizaron horrible, o sea jalándole el brazo, la enfermera picándole horrible. Y ella tampoco está acostumbrada a eso porque sólo se había atendido en

		nuestro hospital, entonces fue como de 'Doctora no quiero estar aquí', y yo con mi cara de yo tampoco te quiero dejar aquí. Entonces vas a otro hospital y son muy groseros con las pacientes
	6_PM	Por ejemplo, los médicos más grandes pues sí las tratan diferente, no sé si es el cansancio o saben que ellas no se van a quejar, que no van a demandar, que no les van a decir nada. Que, al contrario, están asustadas, porque no saben qué les está pasando. O sí saben, pero no pueden expresarse libremente porque están solas, porque tienen dolor, porque se sienten vulnerables. Entonces todo eso, yo digo que el médico toma una posición dominante y entonces empieza la agresión.
	6_PM	Pues yo creo qué pasa en cualquier hospital público. A parte también algo muy importante es el control del dolor, que muchas veces los médicos son como de 'No le pongas nada para el dolor, al cabo que ya tuvo cuatro embarazos ya sabe que le va a doler'.
	6_PM	Yo creo que es la combinación de ver que los médicos que ya tienen más experiencia son así, pues como de que 'ay yo también voy a adoptar esa personalidad, porque esa personalidad es el del ginecobstetra', por así decirlo. Y otra también es el cansancio, o sea en verdad tener que atender a tanta paciente y ya muchas veces es la madrugada y ya viste a unas 30 pacientes al día, ya estás hasta el gorro y te llega a una paciente en trabajo de parto y si es muy difícil atender a alguien en buena manera o con toda la actitud más que nada. A que, si viéramos no sé 15 pacientes, yo digo.
	1_GM	Desgraciadamente a mí en los hospitales institución se me hace una especie mucho de burocracia Y yo he visto,

Seguimiento rígado de la regla		te lo prometo que al 90% de la gente decir ‘lo que me toca, lo menos hago, a menos que la tenga que operar a fuerza la operó. Sino pues que se asfixie, porque yo puse un papelito donde aquí dice que en este momento la frecuencia cardíaca es de tanto’.
	3_RM	Señora me están diciendo que sí hay camas en el hospital general váyase ya. O sea, ya no supe nada más de la Señora, pero si me reportan o algo así, yo qué voy a hacer a mi qué sanción me pueden poner. ¿Por qué le dije la verdad? O sea, porque no hay nada [en el hospital] y la mande a otro lugar antes de que se me viniera a morir aquí. ¿De qué me culpas? No me puedes culpar de nada, pero vamos porque soy residente, soy residente y no tengo ese contrato de trabajador no tengo una responsabilidad legal de eso. Ya que si ya hubiera sido yo de adscrita sería de ingrésala, aunque no haya nada y hay que esperar lo inevitable y también es triste.
	4_GH	Mira la verdad es que la medicina a veces es muy rara en este aspecto, porque literal tienes que hacer milagros. Normalmente siempre que tu pides [insumos] porque no hay algo para hacer, realmente no recibes mucha ayuda. O sea realmente es como de, pues no hay. Y no falta la enfermera que te sacó un guante que te consigue una bata de los guardaditos y demás. Nuestra obligación siempre es como comunicarlo tanto en la nota del procedimiento, ya que si hay alguna complicación estamos obligados a decir que en el procedimiento no contábamos con un indispensable para poder llevar a cabo la cirugía. Porque ese es otro tema, si una paciente se complica, se realiza la nota y si la nota no va acorde con la realidad pues

		difícilmente puedes defenderte si hay alguna complicación
	4_GH	Si tú en una nota pones que la operaste con los insumos más precarios porque no había, entonces de una u otra forma estás justificando que no usaste el material idóneo para llevar a cabo el procedimiento quirúrgico. O sea te podría decir que si tomas un procedimiento quirúrgico de una cesárea como un 100%. en ocasiones hay falta de insumos a tal grado que sólo tienes el 60 % de los insumos que pudieran necesitar para una cesárea.

Fuente: Elaboración propia con base en Tummers et al. (2015)