

Artículo de Revisión

Violencia obstétrica institucionalizada desde la perspectiva de los proveedores de atención materna: una revisión narrativa bajo un modelo jerárquico-operativo

Institutionalized obstetric violence from the perspective of maternal care providers: a narrative review under a hierarchical-operational model

PEÑA, ESTEFANÍA¹; PARZANESE, SILVIA²; RAMONES, ANDERSON³; TERÁN, FRANKLIN¹

¹Hospital Universitario Pedro Emilio Carrillo. Trujillo, Venezuela

²Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA). Mérida, Venezuela

³Hospital Sor Juana Inés de La Cruz. Mérida, Venezuela

Autor de correspondencia
estefanialamus95@gmail.com

Fecha de recepción
28/07/2026

Fecha de aceptación
06/09/2026

Fecha de publicación
25/09/2026

Autor

Peña, Estefanía
Hospital Central de Valera. Trujillo, Venezuela
ORCID: <http://orcid.org/0009-0009-2348-4806>

Parzanese, Silvia
Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida, Venezuela
ORCID: <http://orcid.org/0009-0005-9310-6035>

Ramones, Anderson
Hospital Sor Juana Inés de La Cruz. Mérida, Venezuela
ORCID: <http://orcid.org/0009-0005-4613-9256>

Terán, Franklin
Hospital Central de Valera. Trujillo, Venezuela
ORCID: <http://orcid.org/0009-0002-0955-5822>

Citación:

Peña, E., Parzanese, S., Ramones, A., Terán, F. (2026). Violencia obstétrica institucionalizada desde la perspectiva de los proveedores de atención materna: una revisión narrativa bajo un modelo jerárquico-operativo. *GICOS*, 11(3), 207-224



RESUMEN

Introducción: la atención materna respetuosa es un derecho humano fundamental, sistemáticamente vulnerado por prácticas hospitalarias abusivas. Ante la fragmentación teórica existente, este estudio propone el concepto unificado de Violencia Obstétrica Institucionalizada (VOI) para examinar la problemática desde la perspectiva del proveedor de salud. **Metodología:** revisión narrativa ejecutada entre el 10 y 25 de mayo de 2026 en PubMed, Scopus y SciELO. Se incluyó un corpus depurado de literatura científica real y dictámenes internacionales del período 2022–2026, clasificados mediante análisis cualitativo bajo la tipología multidimensional de Bohren. **Resultados:** los hallazgos desvelan una paradoja de convergencia sistémica determinada por el entorno macroeconómico. En países de bajos ingresos, la VOI opera por defecto estructural, normalizándose las conductas asistenciales coercitivas directas como mecanismo rudimentario de control clínico. En países de altos ingresos, opera por exceso tecnocrático, donde la optimización corporativa de camas y el miedo a litigios impulsan una medicina defensiva agresiva con intervenciones no consentidas y coerción sutil. En los de ingresos medios, confluyen la precarización laboral y la rigidez de jerarquías académicas que obligan a los residentes a replicar interacciones relacionales disfuncionales. Se identifica que el sistema violenta, primero a sus trabajadores mediante Burnout y trauma secundario, anulando su empatía relacional. **Conclusiones:** la VOI es un engranaje tridimensional (macro, meso y micro) y su erradicación exige superar la criminalización individual del profesional. Se recomienda implementar auditorías clínicas obligatorias del consentimiento informado, adecuar espacios hospitalarios para garantizar la privacidad y reconfigurar de inmediato las jornadas laborales de los médicos en formación.

Palabras clave: violencia obstétrica institucionalizada, personal de salud, derechos humanos, economía de la salud

ABSTRACT

Introduction: Respectful Maternity Care (RMC) is a fundamental human right, systematically compromised by abusive institutional practices. Given the existing theoretical fragmentation, this study proposes the unified concept of Institutionalized Obstetric Violence (IOV) to examine this issue from the healthcare staff's perspective. **Methodology:** A narrative review was conducted between february 10 and 25 may, 2026, across PubMed, Scopus, and SciELO. A refined corpus of primary scientific literature and international reports/rulings from the 2022–2026 period was included and classified via qualitative analysis using Bohren's multidimensional typology as an aprioristic matrix. **Results:** The findings reveal a paradox of systemic convergence determined by the macroeconomic environment. In low-income countries, IOV operates through structural default, normalizing direct coercive care practices as a rudimentary mechanism of clinical control. In high-income countries, it operates through technocratic excess, where corporate optimization of hospital beds and fear of litigation drive aggressive defensive medicine characterized by non-consensual interventions and subtle coercion. In middle-income countries, precarious working conditions and rigid academic hierarchies converge, forcing resident physicians to replicate dysfunctional relational interactions. The system is identified as first violating its healthcare workforce through Burnout and secondary traumatic stress, eroding their capacity for relational empathy. **Conclusions:** IOV operates as a three-dimensional framework (macro, meso, and micro), and its eradication requires moving beyond the individual criminalization of healthcare professionals. Key recommendations include implementing mandatory clinical audits for dynamic informed consent, adapting hospital infrastructure to guarantee patient privacy, and immediately restructuring the working hours and schedules of resident physicians.

Keywords: institutionalized obstetric violence, health personnel, human rights, health economics

INTRODUCCIÓN

La prestación de una atención materna respetuosa constituye el pilar fundamental para salvaguardar los derechos humanos, la autonomía y la dignidad de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Este modelo de asistencia no sólo implica la erradicación del daño físico, sino que abarca dimensiones críticas como el mantenimiento de la privacidad, la confidencialidad, el consentimiento informado y una comunicación efectiva entre el personal de salud y la gestante (ONU, 2019; Collins et al., 2026).

A pesar de los amplios beneficios clínicos y psicosociales que se derivan de un nacimiento humanizado, un número considerable de mujeres en capacidad de gestar continúan sufriendo de forma sistemática abuso verbal y físico, coerción y sobremedicalización en los servicios de maternidad a nivel mundial (Collins et al., 2026).

A pesar de esta dispersión teórica, estas categorías convergen en un núcleo invariable: la existencia de una asimetría de poder estructural, la desigualdad de género subyacente, la sobremedicalización innecesaria de los procesos fisiológicos y una amenaza directa a la integridad física y psicológica de las pacientes (Collins et al., 2026). En la literatura científica contemporánea coexiste un marcado caos conceptual y terminológico que dificulta la estandarización del fenómeno. Por tanto, la discrepancia entre las perspectivas profesionales y las experiencias de las madres, pone de manifiesto la urgente necesidad de transformar la atención obstétrica (Reyes-Amargant et al., 2025).

Es fundamental promover un modelo de atención basado en la evidencia, la comunicación efectiva y el respeto a los derechos de las mujeres, incorporando una perspectiva de género en la formación sanitaria, para así fortalecer las políticas públicas que garanticen una atención obstétrica respetuosa, como medidas esenciales para mejorar la calidad de la atención, en función de prevenir la VOI (Reyes-Amargant et al., 2025). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) reconoce esta problemática como una manifestación de la violencia ejercida por el personal sanitario sobre el cuerpo y los procesos reproductivos, expresada mediante el trato deshumanizado y la patologización arbitraria de los procesos naturales (Yalley, 2022).

Las manifestaciones de este fenómeno son múltiples y complejas, operando de manera simultánea en el plano interpersonal y en el nivel estructural o sistémico. Estas conductas vulneradoras abarcan desde la violencia física, verbal o psicológica directa, hasta la omisión del consentimiento, la negación del acompañamiento continuo, el uso injustificado de intervenciones médicas como las cesáreas y la restricción de la movilidad (Yalley, 2022).

Estas prácticas no sólo socavan el derecho a una experiencia de parto positiva, sino que amenazan los derechos fundamentales a la salud, la integridad corporal y la no discriminación (Reyes-Amargant et al., 2025). Asimismo, sus repercusiones son devastadoras para la salud pública, actuando como un evento traumático que incrementa significativamente el riesgo de morbilidades psicológicas posparto y genera una profunda desconfianza en los sistemas sanitarios (Collins et al., 2026; Yalley, 2022).

A pesar del creciente interés científico en el tema, la inmensa mayoría de las investigaciones disponibles se han

centrado de manera casi exclusiva en evaluar las experiencias vividas y reportadas por las usuarias. Este sesgo ha generado un vacío crítico en la literatura respecto a las percepciones, vivencias y presiones laborales de los propios profesionales del área obstétrica, quienes perpetúan, presencian o intentan mitigar estas dinámicas en su práctica diaria (Collins et al., 2026).

El estudio de las perspectivas de los proveedores resulta indispensable, no con un fin exculpatorio, sino para desvelar cómo los entornos institucionales, el desgaste profesional, las jerarquías clínicas y las limitaciones de recursos influyen en la normalización de la VOI (Collins et al., 2026; Reyes-Amargant et al., 2025).

Por consiguiente, la realización de una revisión narrativa que recopile y examine de forma analítica el testimonio práctico del equipo profesional del área obstétrica es imperativo, dado que los entornos macroeconómicos moldean la infraestructura hospitalaria y las condiciones laborales, resultando fundamental contrastar estas vivencias en función de los diferentes contextos económicos globales. Este enfoque permitirá superar la culpabilización puramente individual del personal de salud, ofreciendo una matriz interpretativa que interconecte sus conductas con las deficiencias del sistema (Collins et al., 2026; Yalley, 2022).

El objetivo de esta revisión narrativa es sintetizar y contrastar las perspectivas, experiencias y percepciones de los proveedores de atención materna respecto a la VOI en países de ingresos bajos, medios y altos, con la finalidad de identificar los factores desencadenantes institucionales y aportar evidencia conceptual que fundamente políticas públicas orientadas a garantizar una maternidad respetuosa.

METODOLOGÍA

Diseño y enfoque del estudio

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica bajo un enfoque analítico e interpretativo. Este diseño es idóneo para examinar fenómenos complejos y multifacéticos como la VOI desde la perspectiva del personal de salud. A diferencia de las revisiones sistemáticas puramente cuantitativas, este enfoque no busca la exhaustividad estadística, ni la representatividad muestral lineal, sino describir, analizar de manera crítica y sintetizar el estado actual del conocimiento, facilitando la integración de conceptos teóricos, marcos legales internacionales y estudios empíricos de diversas metodologías.

Estrategia de búsqueda y fuentes de información

La búsqueda bibliográfica se ejecutó de forma estructurada entre el 10 y el 25 de mayo de 2026. Se consultaron de manera exhaustiva las bases de datos PubMed, Scopus, SciELO y el motor de búsqueda Google Scholar. La exploración se limitó a publicaciones redactadas en español e inglés dentro del periodo comprendido entre enero 2022 y mayo 2026, garantizando una ventana temporal de los últimos cinco años que refleje los consensos institucionales y jurisprudenciales más recientes.

Las estrategias de búsqueda se diseñaron mediante la combinación de términos clave indexados (DeCS/MeSH) y operadores booleanos, adaptándolas a la sintaxis y requerimientos de cada base de datos:

- Estrategia en español: (“violencia obstétrica” OR “violencia obstétrica institucionalizada” OR “maltrato en el parto” OR “falta de respeto y abuso” OR “atención materna respetuosa”) AND (“proveedores” OR “obstetras” OR “matronas” OR “personal de salud”).
- Estrategia en inglés: (“obstetric violence” OR “institutionalized obstetric violence” OR “disrespect and abuse” OR “mistreatment during childbirth” OR “respectful maternity care”) AND (“maternal care providers” OR “midwives” OR “obstetricians” OR “skilled birth attendants”).

Criterios de selección y relevancia teórica

La selección documental se basó en un muestreo intencional guiado por criterios de relevancia conceptual y representatividad teórica, dado que la literatura predominante aborda casi de forma exclusiva la vivencia de las usuarias, priorizándose con rigurosidad aquellas fuentes que exploraran en profundidad actitudes, experiencias, presiones laborales, sesgos e interacciones relacionales del equipo asistencial obstétrico.

- Criterios de inclusión: Estudios empíricos primarios (cualitativos, cuantitativos y de métodos mixtos), revisiones y ensayos teóricos publicados (2022-2026) que abordaran directamente la percepción y práctica de médicos especialistas, médicos en formación y personal de enfermería obstétrica/parttería.
- Criterios de exclusión: Artículos publicados fuera del rango temporal 2022-2026, artículos de opinión sin fundamentación empírica, reportes de casos clínicos aislados, estudios centrados exclusivamente en la vivencia de las usuarias (sin incorporar la visión del personal de salud) y publicaciones duplicadas o sin acceso al texto completo.

Proceso de selección de estudios (flujo de cribado)

El proceso de identificación, cribado y selección de los documentos se estructuró siguiendo la secuencia lógica del modelo PRISMA (Figura 1), con fines de transparencia y trazabilidad en el reporte, sin que esto modifique la naturaleza narrativa del estudio.

Procesamiento, análisis y síntesis de la información

El análisis se estructuró mediante una síntesis temática cualitativa. El corpus seleccionado (N=13) se examinó críticamente utilizando la tipología de Bohren como matriz interpretativa apriorística, codificando las variables identificadas bajo el Modelo Jerárquico-Operativo de la VOI en tres niveles de análisis:

1. Nivel Macro-Estructural: Deficiencias en la infraestructura física, escasez de insumos y logística hospitalaria.
2. Nivel Meso-Formativo: Asimetrías jerárquicas en la formación médica, violencia académica y cultura de medicina defensiva.
3. Nivel Micro-Interpersonal: Conductas asistenciales vulneradoras directas e interacciones relacionales

disfuncionales en la práctica presencial.

Con el propósito de garantizar la transparencia metodológica y sistematizar el corpus documental analizado, en la **Tabla 1** se presenta la síntesis bibliográfica de las 13 referencias seleccionadas para este estudio. Para cada fuente se detallan el autor y año de publicación, el contexto geográfico, el diseño metodológico, la caracterización de la muestra, así como los hallazgos principales y su correspondencia con los niveles macro-estructural, meso-formativo y micro-interpersonal del modelo de Violencia Obstétrica Institucionalizada (VOI).

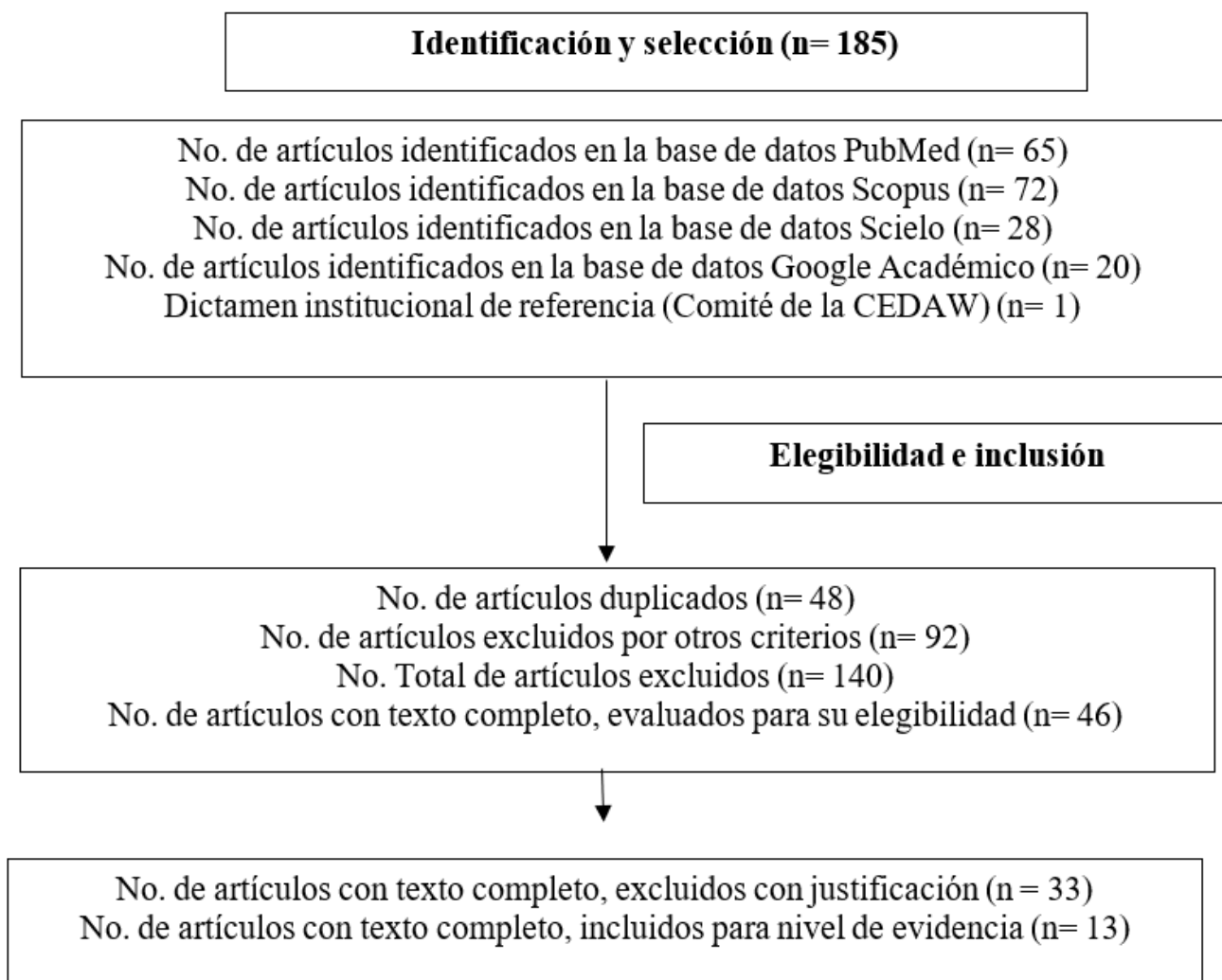


Figura 1.

Flujograma de los artículos incluidos

Tabla 1.*Síntesis bibliográfica de las referencias seleccionadas para este estudio*

Autor/Año	País/Región	Diseño metodológico	Muestra (tipo y tamaño)	Hallazgos principales	Nivel del modelo (VOI)
CEDAW (2022)	España/ Global	Dictamen jurídico	Evaluación de caso individual y respuesta estatal	Dictamen histórico que responsabiliza formalmente a los Estados por la violencia obstétrica en centros de salud y exige reformas estructurales y educativas	Macro (Normativo) y Meso
Yalley (2022)	Ghana/ África Subsahariana	Estudio fenomenológico cualitativo exploratorio	30 matronas y enfermeras de salas de parto seleccionadas (<i>Ashanti y Western Regions</i>)	Explora las percepciones del personal; revela cómo la coerción física/verbal es racionalizada	Meso y micro
Mwasha et al. (2023)	Tanzania/ Bajos recursos	Cualitativo descriptivo	80 proveedores de atención materna (obstetras, matronas, enfermeras)	Evidencia cómo la falta de insumos, el déficit de personal y el agotamiento profesional conducen al maltrato verbal y al abandono del cuidado	Meso y Micro
Mena-Tudela et al. (2023)	España/ Europa Sur	Teoría fundamentada constructivista	20 profesionales de salud y residentes de obstetricia	Analiza la exposición a la VOI durante la formación; muestra cómo las jerarquías hospitalarias naturalizan prácticas intervencionistas desde la etapa académica	Meso (docencia) y Micro
Small y Downe (2023)	Australia/ Sistemas de altos ingresos	Cualitativo narrativo	31 matronas y personal asistencial	Modela el “adiestramiento para el cumplimiento”, expone la angustia moral al ser forzados a seguir protocolos rígidos	Meso (Formativo) y Micro
Peloggia et al. (2024)	EE.UU./ Países de altos ingresos	Cualitativo analítico	Se incluyó un total de 46 fuentes	Examina la normalización de procedimientos no consentidos e hiper-intervencionistas impulsados principalmente por la “medicina defensiva” y el temor a litigios	Macro (político/legal) y Meso
Truong et al. (2024)	EE.UU./ Global	Revisión analítica	Se incluyó un total de 28 fuentes	Destaca el impacto directo del maltrato en los resultados de salud materna y analiza la perspectiva de los proveedores como eje para la humanización del parto	Macro
Fraser et al. (2025)	Teherán, Irán/ Países de bajos ingresos	Diseño transversal cuantitativo y cualitativo	Compuesta por 300 madres que dieron a luz (abril y septiembre de 2021)	Evalúa la prevalencia del abuso y el impacto de los desafíos sistémicos (infraestructura deficiente) sobre las conductas del equipo de salud	Meso y micro
Reyes-Amarant et al. (2025)	España/ Europa Sur	Cualitativo descriptivo	Entrevistas en profundidad con 8 madres y 8 matronas y obstetras, seleccionadas mediante muestreo intencional	Compara perspectivas sobre la VOI: resalta discrepancias en la percepción de la violencia verbal	Meso (cultura asistencial) y micro
Canho Ferrão et al. (2025)	Portugal/ Global	Metodología de revisión exploratoria	Muestra de 49 estudios	Clarifica y delimita los atributos, antecedentes y consecuencias de la violencia obstétrica institucionalizada, sistematizando su definición en el ámbito clínico y conceptual	Macro (conceptual/legal) y meso
Collins et al. (2026)	Global	Revisión integrativa	Se incluyeron 54 estudios que utilizaron diseños cualitativos, cuantitativos y de métodos mixtos	Sintetiza la literatura global sobre la experiencia de los profesionales; confirma que la precariedad y el <i>Burnout</i> destruyen la empatía asistencial	Macro
Guzmán-Guevara et al. (2026)	América Latina	Revisión sistemática cualitativa	Se incluyeron 22 estudios	Sintetiza las percepciones del personal sanitario; evidencia cómo las limitaciones estructurales y la cultura institucional facilitan la normalización de la VOI	Meso (cultura institucional)
Zhu et al. (2026)	Global	Meta-síntesis cualitativa	Incorporó 13 estudios cualitativos realizados en 13 países. Contando 440 participantes en todos los estudios	Integra la experiencia del personal de enfermería y partería; identifica el desgaste profesional (<i>Burnout</i>), la falta de apoyo organizacional y la angustia moral en la atención	Macro, meso (formativo/asistencial) y micro

RESULTADOS

El análisis del caos conceptual y normativo actual: Propuesta de unificación teórico-operativa

La literatura científica analizada de los periodos 2022-2026 evidencia una marcada fragmentación terminológica, que caracteriza las desviaciones en los estándares de la atención del parto. Las publicaciones académicas coexisten con términos utilizados de manera indistinta tales como “atención deshumanizada”, “maltrato institucional”, “violencia obstétrica”, entre otros. Esta dispersión conceptual genera limitaciones metodológicas para la medición estandarizada del fenómeno a nivel internacional (Reyes-Amargant et al., 2025).

Así, se reconoce que, a pesar de los numerosos debates internacionales y los extensos informes en la literatura, existe un consenso limitado sobre la definición de la VOI, lo que subraya la necesidad de clarificar el concepto. Por ello, el análisis conceptual puede aportar contribuciones importantes, siguiendo el método evolutivo de Rodgers para el análisis de la VOI durante el trabajo de parto, reforzando la idea acerca de la complejidad de dicho concepto, en términos de involucrar dimensiones físicas, psicológicas y sociales (Canhoto et al., 2025).

No obstante, las fuentes bibliográficas convergen en que estas categorías comparten elementos transversales, a saber: una asimetría de poder estructural en el entorno hospitalario, la influencia de las desigualdades de género y la sobremedicalización de los procesos fisiológicos (Collins et al., 2026; Yalley, 2022).

Para estructurar los hallazgos de forma homogénea, esta revisión organiza la evidencia mediante un marco que adopta la VOI como categoría matriz, desglosando las variables identificadas en la literatura en tres niveles complementarios:

1. Nivel macro-estructural: define las limitaciones de la infraestructura física y logística hospitalaria (escasez de insumos médicos, sobrecarga de la capacidad instalada y déficit de personal).
2. Nivel meso-formativo: engloba las dinámicas de transmisión vertical del conocimiento, las asimetrías jerárquicas en la formación médica y la priorización del monitoreo tecnocrático sobre la interacción clínica relacional.
3. Nivel micro-interpersonal: expresa las prácticas abusivas directas y las interacciones disfuncionales ejecutadas en la práctica clínica presencial (procedimientos físicos coercitivos y omisión del consentimiento informado dinámico).

En este constructo, la VOI, permite operacionalizar las taxonomías internacionales de referencia, vinculando formalmente las deficiencias del entorno con las conductas del personal de salud del servicio de ginecología y obstetricia. Asimismo, la literatura reporta que este enfoque se alinea con las resoluciones de los organismos internacionales de derechos humanos y comités especializados que evalúan las intervenciones médicas forzadas en salud reproductiva (Collins et al., 2026).

De este modo, cuando el Comité de la CEDAW (por sus siglas en inglés, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer) sanciona la medicalización forzada o las intervenciones sin consentimiento (Comité de la CEDAW, 2022), el enfoque unificado de la VOI evita la criminalización individual punitiva del profesional y obliga a auditar las fallas corporativas e institucionales que empujan al personal a mantener estas conductas rígidas por inercia o conveniencia técnica (Reyes-Amargant et al., 2025).

Consecuencias clínicas, institucionales y profesionales de la violencia obstétrica

La evidencia científica recopilada demuestra que las conductas asistenciales vulneradoras y los procedimientos no consentidos actúan como factores estresantes directos sobre la gestante. Desde la dimensión clínica psicológica, la literatura asocia estas prácticas con una alta incidencia de morbilidades posparto (Collins et al., 2026).

A nivel fisiológico, los estudios reportan que las interacciones relacionadas disfuncionales y la restricción del movimiento, inducen un estado de hiperalerta neuroendocrina que eleva los niveles de cortisol y catecolaminas. Este mecanismo interfiere con la liberación de oxitocina endógena, generando distocias contráctiles que ralentizan el trabajo de parto y desencadenan cascadas de intervención que incrementan la tasa de cesáreas de emergencia y el uso de oxitocina sintética de forma evitable (Peloggia et al., 2024).

Asimismo, las consecuencias sistémicas impactan la confianza en las instituciones de salud (Collins et al., 2026). Los proveedores admiten que el miedo a sufrir tratos deshumanizantes aleja a las mujeres de los controles prenatales y de la atención institucional del parto (Mwasha et al., 2023). Este fenómeno de deserción hospitalaria incrementa sustancialmente los partos domiciliarios no asistidos en zonas vulnerables, elevando indirectamente las tasas de complicaciones prevenibles y de mortalidad materna (Mwasha et al., 2023; Yalley, 2022).

En el plano institucional, la literatura indica que el temor a experimentar tratos deshumanizados reduce la adherencia de las usuarias a los controles prenatales y a la atención institucional del parto, registrándose un incremento de partos domiciliarios no asistidos en sectores vulnerables (Small y Downe, 2023).

Ahora bien, se reconoce que la investigación empírica sobre la VOI se ha centrado principalmente en las experiencias de las mujeres, con las perspectivas del personal sanitario siendo relativamente ignoradas. Por ello, se requiere sintetizar evidencia cualitativa sobre las percepciones de los profesionales sanitarios respecto a la VOI, para comprender cómo se construyen sus puntos de vista y qué factores contextuales influyen en la reproducción de estas prácticas (Guzmán-Guevara et al., 2026).

Así, se señala como principal hallazgo de la percepción del personal profesional sanitario obstétrico, la consideración del maltrato obstétrico como un fenómeno sistémico y modificable, más que un mero producto de la intención individual; con un rol relevante de intervenciones empíricas para modificar dichas percepciones, mediante reformas institucionales de capacitación estructuradas. De esta manera se podría erradicar la violencia obstétrica en torno a un enfoque de pensamiento sistémico que aborde los factores de estrés institucionales y

promuevan modelos de atención humanizados y centrados en la mujer (Guzmán-Guevara et al., 2026).

Entonces, las causas de la VOI van más allá de las acciones de los profesionales sanitarios o de fallos organizativos aislados, y deben considerarse dentro de un marco multidimensional más amplio. La VOI se manifiesta de forma directa e indirecta, siendo esta última a menudo menos visible pero igualmente perjudicial para las mujeres. Estas manifestaciones más sutiles merecen mayor reconocimiento y atención (Zhu et al., 2026).

En este contexto, las enfermeras y matronas también pueden sufrir esta violencia como víctimas secundarias, lo que subraya la necesidad de intervenciones específicas. Dichas intervenciones incluyen estrategias individuales, como yoga, masajes y mindfulness; así como intervenciones organizativas, como los grupos Balint, para abordar su malestar psicológico, sus preocupaciones morales y su agotamiento. En adelante, las estrategias para reducir esta problemática deben adoptar un enfoque coordinado y de arriba hacia abajo que involucre acciones a nivel social, organizativo e individual (Zhu et al., 2026).

Respecto al impacto sobre el personal de salud del área obstétrica, los estudios cualitativos identifican una alta prevalencia de trauma secundario y síndrome de Burnout crónico. El personal de partería y enfermería obstétrica refiere que la obligación de participar o atestiguar procedimientos coercitivos debido a las rígidas jerarquías de los servicios genera conflicto moral y fatiga por compasión. Asimismo, las investigaciones señalan que la tipificación legal de la VOI ha modificado la práctica de los médicos especialistas, quienes reportan la adopción de conductas de medicina defensiva, caracterizadas por la hiperregulación protocolar, la documentación burocrática excesiva y la priorización del monitoreo tecnológico (Small y Downe, 2023; Mena-Tudela et al., 2023; Peloggia et al., 2024).

Caracterización de la práctica y percepción del equipo asistencial obstétrico según el contexto económico

Contexto de ingresos medios

Los hallazgos en este contexto revelan una marcada resistencia por parte de los médicos especialistas hacia el término legal VOI, argumentando que criminaliza el ejercicio profesional individual sin corregir las deficiencias logísticas hospitalarias. En las encuestas y entrevistas analizadas, los médicos obstetras admiten la ejecución rutinaria de las episiotomías y la exigencia de la posición supina obligatoria, justificando estas acciones por inercia en la formación universitaria, comodidad técnica y optimización del tiempo del examinador (Reyes-Amargant et al., 2025).

En los centros docentes asistenciales de la región, los médicos residentes e internos de pregrado reportan ser víctimas de dinámicas de transmisión vertical del conocimiento, debido a la existencia de violentas asimetrías y jerarquías académicas por parte de sus superiores. La literatura describe que esta presión induce a los profesionales a replicar estas conductas directas tales como exploraciones repetitivas (tacto vaginal), tratos rudos y la aceleración del trabajo de parto con oxitocina, sin un proceso de consentimiento informado dinámico, codificándolos como “protocolos de eficiencia” para agilizar la rotación de camas (Collins et al.,

2026).

Adicionalmente, en contextos de alta vulnerabilidad social, el personal del servicio médico reporta la colocación de métodos anticonceptivos permanentes o de larga duración en el posparto inmediato, omitiendo la consejería previa; siendo una conducta sustentada en una lógica paternalista de prevención epidemiológica (Collins et al., 2026).

Contexto de bajos ingresos

En este entorno, las limitaciones extremas de la infraestructura física y logística hospitalaria influyen en la normalización de procedimientos físicos coercitivos directos, donde el personal obstétrico admite la aplicación de reprimendas severas y coacción física durante el periodo expulsivo, categorizando internamente estas prácticas como herramientas indispensables de control clínico para evitar resultados perinatales adversos ante la falta de cooperación de pacientes exhaustas (Yalley, 2022).

Los reportes cuantitativos y cualitativos evidencian violaciones severas a la privacidad en el nivel macro-estructural (hacinamiento, obligación de compartir camas de parto entre múltiples parturientas, entre otros), eventos que los médicos y enfermeras perciben como variables ajenas a su responsabilidad moral individual. Las jornadas laborales extenuantes y el colapso de las salas de maternidad se asocian con un Burnout crónico que anula la capacidad del equipo de ofrecer interacciones empáticas. En estas unidades, los procedimientos invasivos dolorosos se ejecutan de forma automatizada omitiendo de manera sistemática el consentimiento informado, situación que el personal justifica por la urgencia del flujo de pacientes y la necesidad de priorizar la supervivencia biológica de otras mujeres en espera (Yalley, 2022; Fraser et al., 2025).

Contexto de altos ingresos

En los sistemas sanitarios con óptima disponibilidad de recursos y tecnología, la evidencia cualitativa revela que los médicos especialistas (obstetras) reconocen incurrir en elevadas tasas de inducciones artificiales, amniotomías de rutina y cesáreas, sin la debida formalización del consentimiento informado. Los médicos reportan que la motivación principal de estas conductas es el ejercicio de la medicina defensiva ante el riesgo de litigios legales, supeditando los tiempos fisiológicos del parto a los cronogramas institucionales de optimización de quirófanos y camas (Peloggia et al., 2024).

Por otra parte, el personal de apoyo obstétrico (enfermería) refiere participar activamente en procesos de coerción sutil. Las investigaciones describen que este personal utiliza discursos basados en el riesgo o infundado temor médico para quebrar la autonomía de la gestante y asegurar su aceptación ante las intervenciones sugeridas por la jerarquía obstétrica dominante, un proceso que les genera conflicto moral y trauma secundario (Small y Downe, 2023).

Finalmente, la evidencia en esta región destaca una deshumanización tecnológica, donde el equipo asistencial prioriza la lectura de monitores y pantallas por encima de la interacción humana directa con la paciente, relegando a la mujer un rol pasivo mediante el uso de lenguajes paternalistas o infantilizantes (Mena-Tudela

DISCUSIÓN

La integración de la evidencia analizada mediante el marco jerárquico-operativo demuestra que la VOI no constituye un fenómeno aislado, ni un fallo ético puramente individual del profesional actuante. Por el contrario, los hallazgos confirman que estas conductas vulneradoras registradas en el nivel micro-interpersonal, son la manifestación clínica terminal de tensiones no resueltas en los niveles macro-estructural y meso-formativo.

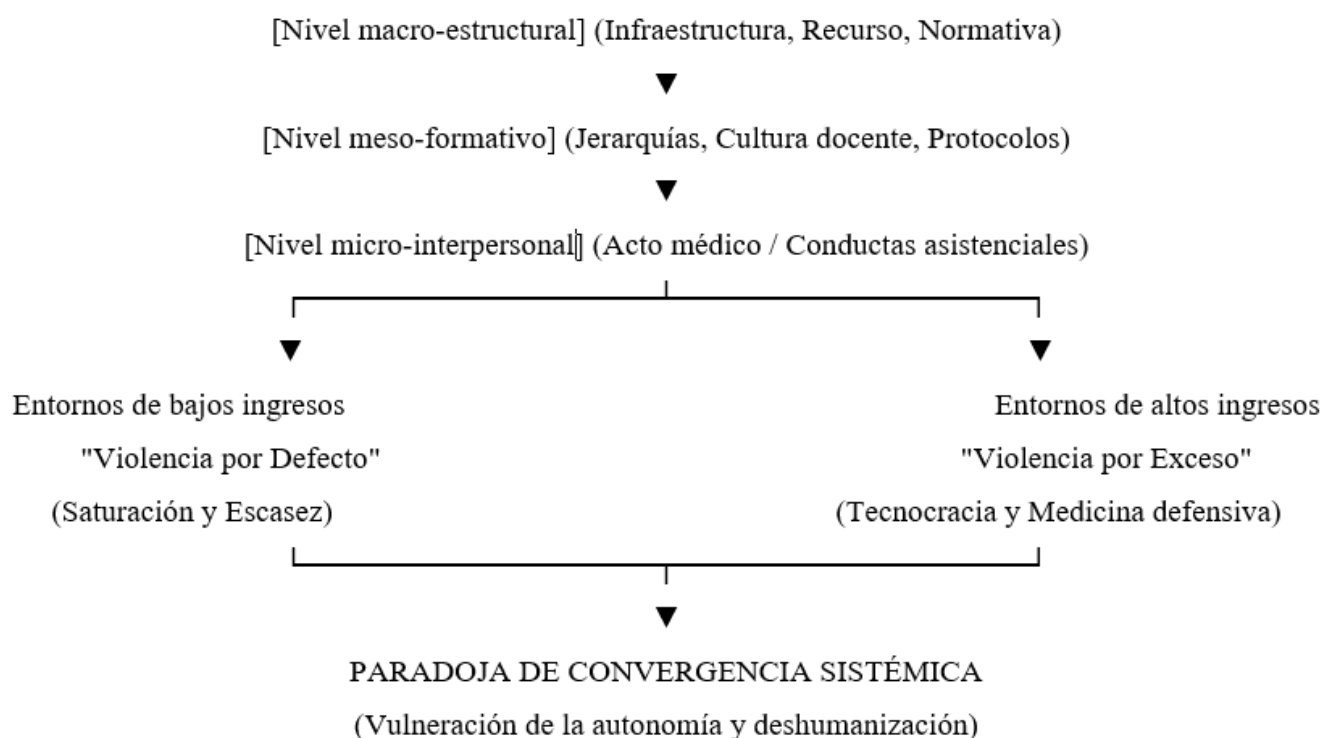
El propósito central de esta revisión narrativa fue contrastar las percepciones de los proveedores de atención materna sobre la violencia obstétrica en distintos entornos económicos. Al cruzar los hallazgos geográficos con el Modelo Jerárquico de Unificación Terminológica propuesto, se evidencia que la VOI no se manifiesta como un fenómeno homogéneo. Por el contrario, opera a través de diferentes niveles jerárquicos (macro, meso y micro) dependiendo directamente de los recursos financieros y las lógicas corporativas de cada institución sanitaria (Collins et al., 2026; Reyes-Amargant et al., 2025).

En la escala macro-estructural, la escasez de recursos logísticos y la sobrecarga asistencial condicionan un entorno de trabajo adverso, el cual predispone al personal de salud del servicio de ginecología y obstetricia al agotamiento profesional. No obstante, el marco analítico evidencia que el factor determinante en la cronicidad de la VOI radica en la dimensión meso-formativa basado en la asimetría jerárquica durante el período de formación médica, en conjunto con la interiorización de la medicina defensiva.

La transmisión vertical de patrones de conducta autoritarios durante la residencia médica genera una normalización del trato despersonalizado, que tiende a perpetuarse por inercia cultural. Así, la omisión del consentimiento informado dinámico y el intervencionismo no justificado, se codifican erróneamente en el equipo médico como “estándares de eficiencia asistencial” o resguardos legales ante eventuales litigios (Peloggia et al., 2024; Mena-Tudela et al., 2023).

El principal aporte teórico de esta revisión narrativa radica en la identificación de la paradoja de convergencia sistémica, que es un fenómeno que ocurre en contextos socioeconómicos y sanitarios diametralmente opuestos, con la identificación de en un mismo resultado asistencial “la deshumanización de la atención del parto y la supresión de la autonomía de la gestante”.

De esta manera, concurren factores que se entrelazan, como por ejemplo, la violencia por defecto donde se vulneran los estándares de la atención materna respetuosa que opera por privación de condiciones mínimas de dignidad física y espacio. Por el contrario, la violencia por exceso en entornos de altos ingresos en los sistemas sanitarios hiperindustrializados, se vinculan con la deshumanización no derivada de la falta de recursos, sino por la sobremedicalización y la tecnocracia asistencial. La hiperregulación de protocolos, la cascada de intervenciones no indicadas clínicamente y la mediación tecnológica continua, reemplazan el juicio clínico personalizado y la empatía relacional.



Implicaciones para la práctica y la formación médica

Los hallazgos tienen implicaciones directas para la reestructuración de los programas de formación médica especializada (residencia de ginecología y obstetricia). Por ello, resulta imprescindible erradicar las dinámicas de violencia académica y transmisión vertical violenta del conocimiento, por la afectación de los residentes e internos, entendiendo que un entorno de aprendizaje hostil reproduce necesariamente conductas asistenciales disfuncionales hacia las pacientes.

Asimismo, se evidencia la necesidad de transitar de una práctica obstétrica defensiva hacia un modelo de atención materna respetuosa (AMR) basado en la evidencia, donde el consentimiento informado dinámico no sea un trámite burocrático, sino un componente ético y clínico indisoluble del acto médico.

Finalmente, esta integración teórica permite reinterpretar las directrices internacionales para una experiencia de parto positiva, específicamente, para la prevención y erradicación de la falta de respeto y el abuso durante la atención del parto en centros de salud, a lo que alude la OMS, en publicaciones de los años 2014 y 2018, las cuales, aunque están fuera del rango temporal de los artículos seleccionados para la presente revisión, son fundamentales para la comprensión del contexto sistémico que se pretende resaltar (OMS, 2014; OMS, 2018).

El cumplimiento de estándares éticos y de consentimiento informado no puede alcanzarse mediante decretos legales aislados, los cuales generan una férrea resistencia corporativa y el refugio médico en la medicina defensiva (Peloggia et al., 2024; Reyes-Amargant et al., 2025). Para que el personal de salud transite hacia una práctica verdaderamente respetuosa, las políticas públicas deben reconfigurar el Nivel Macro-Estructural (infraestructura digna) y el Nivel Meso-Formativo (desmantelamiento de jerarquías hospitalarias violentas y de la lógica tecnocrática) (Collins et al., 2026). Sólo abordando la violencia desde su arquitectura multidimensional

se podrá quebrar el círculo vicioso que deshumaniza, tanto a quienes reciben la vida como a quienes brindan la atención sanitaria.

Limitaciones

A pesar del rigor metodológico empleado y de la introducción del Modelo Jerárquico de Unificación Terminológica es preciso reconocer las limitaciones metodológicas de esta revisión narrativa, las cuales derivan de la naturaleza y heterogeneidad de la literatura disponible:

- Ausencia de evaluación sistemática del riesgo de sesgo: No se realizó una evaluación formal y sistematizada del riesgo de sesgo, ni de la calidad metodológica de las investigaciones primarias a través de herramientas estandarizadas. Si bien esta omisión es un elemento metodológicamente esperable y propio de la naturaleza flexible de una revisión narrativa, se declara explícitamente como una debilidad del diseño adoptado, ya que limita la capacidad de ponderar con total precisión la robustez metodológica individual de los hallazgos reportados.
- Sesgo de representatividad geográfica e idiomática: Aunque la búsqueda incluyó de forma explícita bases de datos regionales de alta indexación como SciELO, la mayor parte de la literatura científica de alto impacto metodológico sobre la perspectiva de los proveedores se concentra en inglés y se genera en regiones específicas de África Subsahariana, Europa y el Cono Sur latinoamericano. La concentración de la evidencia en regiones específicas responde a la distribución de la producción académica publicada sobre esta temática en las bases de datos indexadas durante el periodo 2022-2026. Más que representar una limitación, la disparidad geográfica permitió formular la paradoja de convergencia sistémica, demostrando cómo diferentes determinantes socioeconómicos confluyen en un problema clínico-asistencial global.
- Heterogeneidad de perfiles profesionales: Los estudios incluidos analizan las vivencias de subgrupos profesionales con roles, formaciones universitarias y cuotas de poder marcadamente dispares (especialistas, residentes en formación, personal de enfermería/parttería), introduciendo variaciones en los niveles de responsabilidad asistencial. A su vez constituye una fortaleza, al permitir mapear las tensiones relacionales e interpersonales dentro del equipo de salud (por ejemplo, el conflicto moral del personal de enfermería ante las directrices del médico adjunto).
- Naturaleza metodológica del diseño narrativo: Al priorizar un muestreo intencional (n=13) basado en la densidad teórica y conceptual (orientado a resolver el caos terminológico contemporáneo), este artículo no persigue una exhaustividad estadística, ni cuantifica los registros mediante un metaanálisis. Por ende, los datos de prevalencia percibida no pueden ser interpretados de forma literal, sino como indicadores cualitativos de la normalización del fenómeno.

CONCLUSIONES

A partir del análisis crítico de la evidencia recolectada en el periodo 2022–2026, y bajo el marco del Modelo Jerárquico de Unificación Terminológica propuesto, se derivan las siguientes conclusiones específicas:

1. La VOI no constituye una falla ética aislada del profesional actuante, sino la manifestación clínica terminal de determinantes multinivel. La unificación en el marco jerárquico-operativo permite vincular las deficiencias de infraestructuras y recursos (nivel macro-estructural) y las asimetrías jerárquicas con la medicina defensiva (nivel meso-formativo), con la vulneración directa a la gestante en la práctica presencial (nivel micro-interpersonal).
2. Existe una paradoja de convergencia sistémica, que confirma la existencia de una coincidencia en la deshumanización del nacimiento, determinada por el entorno macro-económico. En los países de bajos ingresos, la VOI se activa por defecto, donde el desabastecimiento crónico de insumos básicos y el colapso de infraestructura obligan al proveedor a normalizar las conductas asistenciales coercitivas directas, como un mecanismo de control clínico para asegurar la supervivencia neonatal.
3. En los países de altos ingresos, la opulencia tecnológica y la optimización corporativa de camas conducen al personal a ejercer una medicina defensiva agresiva. Esto automatiza mecanismos de coerción sutil como intervenciones innecesarias y no consentidas (inducciones, amniotomías y cesáreas), sobreestimando los tiempos fisiológicos a la eficiencia corporativa.
4. Los países de ingresos medios constituyen una zona de fricción regulatoria. En este contexto, coexisten marcos legales protectores de vanguardia con culturas hospitalarias profundamente rígidas. La violencia se transmite verticalmente a través de las jerarquías académicas que precarizan al personal en formación (internos y residentes), obligándolos a reproducir las interacciones relacionales disfuncionales bajo lógicas de eficiencia y paternalismo en salud pública.
5. El personal de salud del área obstétrica (especialmente partería y enfermería) sufre un severo trauma secundario y conflicto moral, al verse obligados a participar o atestiguar prácticas violentas debido a las presiones institucionales, lo que extingue su capacidad de respuesta compasiva, deteriorando su salud mental y automatizando el círculo vicioso de la deshumanización hospitalaria.
6. Estos hallazgos deben interpretarse como tendencias estructurales bajo estrictas cautelas de generalización; debido al sesgo de representatividad geográfica detectado y a la falta de desagregación entre los subsectores de salud pública, sin extrapolarse de manera lineal a sistemas sanitarios con modelos de financiamiento, regulaciones legales o pautas culturales distintas dentro de los mismos bloques económicos.

RECOMENDACIONES

Para quebrar los engranajes institucionales que perpetúan la VOI, se proponen las siguientes acciones concretas a implementarse en lapsos de implementación definidos:

1. A corto plazo (1 a 12 meses): Intervenciones operativas de impacto directo (nivel micro-interpersonal):
 - Implementación de auditorías clínicas del consentimiento informado: Los comités de bioética hospitalaria deben formalizar una lista de verificación obligatoria en la historia clínica obstétrica. Este documento debe registrar la trazabilidad del proceso de información y la aceptación explícita de la gestante antes de ejecutar intervenciones, erradicando los discursos basados en el riesgo infundado o la coerción sutil.
 - Adecuación de la infraestructura para la privacidad e integración del acompañamiento: en los centros hospitalarios de bajos y medianos ingresos, las direcciones administrativas deben priorizar la colocación de barreras físicas de privacidad en las salas de trabajo de parto compartidas, así como adecuar los protocolos institucionales para garantizar el derecho al acompañamiento continuo por una persona de la elección de la gestante, en consonancia con las directrices de la OMS.
2. A mediano plazo (1 a 3 años): Reformas educativas y laborales:
 - Reestructuración curricular basada en el marco jerárquico de la VOI: las facultades de medicina y las escuelas de enfermería deben integrar módulos transversales de Derechos Humanos en Salud Reproductiva y Bioética Clínica. Esta formación debe enfocarse en deconstruir la transmisión vertical autoritaria del conocimiento, dismantelar la violencia académica y capacitar al equipo en habilidades de comunicación relacional y toma de decisiones compartidas.
 - Regulación de las jornadas laborales y mitigación al trauma secundario: Los ministerios de salud y los entes reguladores deben fiscalizar y limitar estrictamente la duración de las guardias médicas de los profesionales en formación, a esquemas compatibles con la salud mental y la seguridad del paciente, erradicando las guardias punitivas. Paralelamente, los centros docentes-asistenciales deben institucionalizar espacios obligatorios de soporte psicológico grupal, para prevenir el síndrome de Burnout y procesar la fatiga por compasión en el personal de obstetricia y enfermería.
3. A largo plazo (3 a 5 años): Reconfiguración presupuestaria y rediseño de modelos asistenciales (nivel macro-estructural):
 - Descentralización y transición hacia modelos asistenciales liderados por obstetricia y partería profesional: los sistemas sanitarios de medianos y altos ingresos deben reasignar recursos presupuestarios para derivar la atención del parto de bajo riesgo obstétrico, desde centros de alta complejidad hacia unidades de parto respetado o maternidades de baja complejidad, lideradas

por matronas y/o enfermeras obstétricas. Esta medida reducirá la cascada de intervenciones no justificadas derivadas de la medicina defensiva y optimizará la capacidad instalada hospitalaria para la resolución de verdaderas emergencias obstétricas.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no presentar conflictos de interés; tampoco tuvieron fuentes de apoyo financiero tipo patrocinadores o subvenciones, ni para la recopilación, análisis o interpretación de datos; así como para la redacción o revisión del manuscrito.

DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Durante la preparación del manuscrito se utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa como apoyo para la revisión lingüística, corrección de estilo, organización del texto y mejora de la claridad expositiva. Estas herramientas no fueron utilizadas para generar, modificar ni interpretar de forma autónoma los datos del estudio. Los autores revisaron, verificaron y asumieron plena responsabilidad por el contenido final del manuscrito.

REFERENCIAS

- Canho Ferrão, A. C., Sim-Sim, M., Rocha de Almeida, V. S., Vaqueirinho Bilro, P. C., & Brites Zangão, M. O. (2025). Analysis of the concept of obstetric violence: A combination of scoping review and Rodgers conceptual analysis methodologies. *Sci*, 7(3), 97. <https://doi.org/10.3390/sci7030097>
- Collins, E. C., Burns, E. S., Keedle, H., & Dahlen, H. G. (2026). Maternity care providers perspectives and experiences of obstetric violence in low-, middle- and high-income countries: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 82(4), 2790-2809. <https://doi.org/10.1111/jan.70055>
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). (2022). *Dictamen aprobado por el Comité en virtud del artículo 7, párrafo 1, del Protocolo Facultativo de la Convención, respecto de la comunicación núm. 149/2019 (S.F.M. c. España)* (CEDAW/C/81/D/149/2019). Organización de las Naciones Unidas. undocs.org.
- Fraser, H., Ndlovu, S., & Rahman, M. (2025). Disrespect and abuse during childbirth in low-income territories: Healthcare workers' systemic challenges and prevalence. *The Lancet Global Health*, 13(2), e112-e124.
- Guzmán-Guevara, F. M., Manjarres-Posada, N. I., & Vega-Fregoso, G. (2026). Obstetric violence from the perspective of healthcare personnel: a qualitative systematic review. *Frontiers in global women's health*, 7, 1773729. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2026.1773729>.
- Mwasha, L. K., Kisaka, L. M., & Pallangyo, E. S. (2023). Disrespect and abuse in maternity care in a low-resource setting in Tanzania: Provider's perspectives of practice. *PloS one*, 18(3), e0281349. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281349>.
- Mena-Tudela, D., Roman, P., González-Chordá, V. M., Rodríguez-Arrastia, M., Gutiérrez-Cascajares, L., & Roperio-Padilla, C. (2023). Experiences with obstetric violence among healthcare professionals and students in Spain: A constructivist grounded theory study. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 36(2), e219-e226. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.07.169>.
- Organización de las Naciones Unidas. (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en el parto humanizado y la violencia obstétrica: Nota de la Secretaría* (A/74/137). Asamblea General de las Naciones Unidas. undocs.org.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el abuso durante la atención del parto en centros de salud*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>
- Peloggia, A., Miller, S., & Smith, J. (2024). Obstetric violence in high-income countries: The normalization of non-consented care and defensive medicine. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(4), 415.e1-415.e12.
- Reyes-Amargant, Z., Fuentes-Pumarola, C., Roqueta-Vall-Llosera, M., Garre-Olmo, J., Ballester-Ferrando, D., & Rascón-Hernán, C. (2025). Obstetric violence: perspectives from mothers, midwives, and obstetricians. *Frontiers in global women's health*, 6, 1609632. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1609632>
- Small, K., & Downe, S. (2023). The grooming for compliance in modern maternity wards: Midwifery trajectories and moral distress in high-income systems. *Women and Birth*, 36(2), 184-192.
- Truong, S., Doughty, K. L., Greenwald, M., & Goodman, A. (2024). Mistreatment during Childbirth: Impact on Maternal Outcomes and the Importance of Healthcare Provider Perspectives. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 14(2), 236-258. <https://doi.org/10.4236/ojog.2024.142020>
- Yalley, A. A. (2022). We Beat Them to Help Them Push”: Midwives’ Perceptions on Obstetric Violence in the Ashanti and Western Regions of Ghana. *Women* 2023, 3, 22–40. <https://doi.org/10.3390/women3010002>
- Zhu, H., Luo, F., Gu, L., Zhu, Y., Dong, Y., Li, C., Xiong, J., & Luo, P. (2026). Obstetric violence, nurses’ and midwives’ perspectives and experiences: A meta-synthesis study. *BMC health services research*, 26(1), 755. <https://doi.org/10.1186/s12913-026-14564-5>