



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE PARTERAS

Control obstétrico en mujeres rurales en la UDA Canelones al Este

Trabajo Final de Grado presentado como requisito para la obtención del título
Obstetra Partera/o

Autoras: Br. María Belén de León
Br. Moira Farías
Br. Agustina Mussio

Tutora: Prof. Agda. Mag. Claudia Morosi
Co-tutora: Asist. Obst. Part. Carina Da Costa

Montevideo, Agosto 2022

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Resumen | 4 |
| Abstract | 5 |
| Introducción | 6 |
| Capítulo 1. Antecedentes | 8 |
| Capítulo 2. Marco Teórico | 10 |
| Contexto histórico y social de la mujer rural | 10 |
| Políticas Públicas vinculadas a mujeres rurales | 14 |
| Contexto normativo | 17 |
| Control obstétrico | 21 |
| Perfil de la Obstetra-Partera | 23 |
| Capítulo 3. Objetivos de la investigación | 25 |
| Objetivo general | 25 |
| Objetivos específicos | 25 |
| Capítulo 4. Diseño metodológico | 26 |
| Capítulo 5. Cronograma de ejecución | 28 |
| Capítulo 6. Consideraciones éticas | 29 |
| Referencia bibliográfica | 31 |
| Apéndices | 36 |

TABLA DE ABREVIATURAS

RAP: Red de Atención Primaria

INE: Instituto Nacional de

Estadística APS: Atención

Primaria en Salud MSP:

Ministerio de Salud Pública

ONU: Organización de las Naciones

Unidas MIDES: Ministerio de Desarrollo

Social

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

PNG Agro: Plan Nacional de Género en las Políticas Agropecuarias del

Uruguay OMS: Organización Mundial de la Salud

DISSE: Dirección de Seguros Sociales por

Enfermedad SNIS: Sistema Nacional Integrado

de Salud

FONASA: Fondo Nacional de

Salud JUNASA: Junta Nacional de

Salud

CLAP: Centro Latinoamericano de

Perinatología OP: Obstetra-Partera

ICM: Confederación Internacional de Matronas

RESUMEN

Este protocolo de investigación busca identificar cuáles son los factores que influyen en la utilización de los servicios de salud vinculados a los controles obstétricos de mujeres que controlan sus embarazos en la RAP de Canelones.

Debido al modelo cultural bajo el cual convivimos como sociedad en nuestro país, a lo largo de la historia se ha ido creando una brecha socio-cultural entre el sector rural y el sector urbano, donde la población rural está más arraigada a los antiguos roles de género, los cuales siguen colocando a la mujer en el centro del cuidado y principalmente en los trabajos no remunerados, posicionándolas en un lugar de subordinación y dependencia. Desde una perspectiva de género teniendo en cuenta el gran número de mujeres que viven en zonas rurales en el territorio nacional y considerando que no hay investigaciones científicas en cuanto a embarazo y mujeres rurales, como Obstetras-Parteras este trabajo pretende reconocer a la mujer rural como sujeto de derecho, dando a conocer cómo influyen las barreras geográficas y los factores socioeconómicos y culturales en la accesibilidad al sistema de salud, así como en la captación oportuna, la cantidad y calidad de los controles obstétricos.

Según el último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística en 2011, se informa que en el departamento de Canelones se concentra la mayor cantidad de población de mujeres rurales, por esta razón se toma la Red de Atención Primaria (RAP) de Canelones como área de estudio.

La metodología para llevar a cabo la investigación es cualitativa, descriptiva y exploratoria. La técnica utilizada para la recolección de datos son entrevistas semiestructuradas dirigidas a mujeres rurales gestantes e informantes calificadas/os de los centros de salud, previo consentimiento informado. El muestreo será intencional, las/os participantes serán seleccionadas/os e invitadas/os a participar de acuerdo a los criterios de inclusión y bajo un consentimiento informado enmarcado en las consideraciones éticas correspondientes. El periodo estipulado para la recolección de datos es el segundo semestre del año 2022.

Los resultados que se obtengan de esta investigación serán analizados a través de la técnica de contenidos, tabulados y procesados a través del programa estadístico Atlas ti.

Si esta investigación se lleva a cabo, estará enmarcada dentro de la normativa Nacional e Internacional que rige las investigaciones en seres humanos con la finalidad de protegerlos, respetando su dignidad e integridad.

Palabras claves: mujer rural, control de embarazo,
accesibilidad.

ABSTRACT

This research protocol aims to identify the different factors that influence on the use of health services related to obstetric check-ups by rural women who control their pregnancies in the RAP Canelones.

Due to the cultural model in which we live as a society in our country, a socio-cultural gap has been created between the rural and urban sectors throughout history, where the rural population is more attached to the old gender roles, which continue to place women at the centre of care and mainly in unpaid work, placing them in a place of subordination and dependence. From a gender perspective, taking into account the large number of women living in rural areas in the national territory and considering that there is a lack of scientific research on pregnancy and rural women, as Obstetrician-Midwives, this work aims to recognise rural women as subjects of rights, demonstrating how geographical barriers and socio-economic and cultural factors influence on the accessibility to the health system, as well as the timely uptake, quantity and quality of obstetric check-ups.

According to the last census carried out by the National Institute of Statistics in 2011, the department of Canelones has been reported as the one with the largest population of rural women. Due to that fact, “Red de atención Primaria” (RAP) Canelones has been chosen as a subject of study.

In order to perform this research, we apply a qualitative, descriptive and exploratory methodology. The technique that is used for data collection is semi-structured interviews with pregnant women and qualified informants from the health centre, with prior informed consent. Sampling will be purposive, participants will be selected and invited to participate according to the inclusion criteria and under informed consent framed within the corresponding ethical considerations. The stipulated period for data collection will be during the second semester of 2022.

The final results obtained from this research will be analysed through the content technique, tabulated and processed through the statistical programme Atlas ti.

If this research is carried out, it will be framed within the national and international regulations that rule investigations and research on human beings to strive for protecting them by respecting their dignity and integrity.

Key words: rural woman, pregnancy control, accessibility.

INTRODUCCIÓN

Este protocolo de investigación titulado “Control obstétrico de mujeres rurales en la Red de Atención Primaria de Canelones”, se elabora como trabajo final en el marco de la obtención del título de Obstetra-Partera, dividiéndose en 6 capítulos para su desarrollo.

En el capítulo 1 se plantean los antecedentes nacionales e internacionales, se destaca que no se encontraron trabajos relacionados a esta temática específica a nivel nacional.

En el capítulo 2 se aborda el marco teórico, el cual se subdivide en 5 temáticas principales: contexto histórico y social de la mujer rural; políticas públicas vinculadas a mujeres rurales; contexto normativo; control obstétrico y perfil de la Obstetra Partera.

Continuando con el capítulo 3, en este se plantean los objetivos tanto general como específicos. El objetivo general es identificar los factores que inciden en la utilización de los servicios de salud vinculados a los controles obstétricos de mujeres que controlan sus embarazos en policlínicas rurales de la RAP Canelones.

En el capítulo 4 se trabaja el diseño metodológico, donde se plantea un estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio. La técnica utilizada para la recolección de datos son entrevistas semiestructuradas dirigidas a mujeres rurales gestantes e informantes calificadas/os de los centros de salud, previo consentimiento informado.

El cronograma de ejecución se visualiza en el capítulo 5, donde se plantea detalladamente la realización de este trabajo.

Por último en el capítulo 6 se abordan las consideraciones éticas, enmarcadas dentro de la Declaración Internacional de Helsinki y el Decreto 158/019, el cual regula las investigaciones en seres humanos dentro del territorio nacional. Ambos tienen la finalidad de proteger a los/as participantes de dicha investigación, respetando su integridad y dignidad.

Como profesionales dentro del área de la salud, nuestro rol es proporcionar los cuidados para las mujeres y sus familias respetando la diversidad cultural y con un enfoque bio-psico-social, para lograr prácticas

de atención sanitaria seguras, resguardando la vida maternofetal, disminuyendo así la morbimortalidad del binomio.

Por estas razones, teniendo en cuenta la desigualdad que presentan estas mujeres, nos parece competente abordar esta problemática con un enfoque principalmente social, en el departamento de Canelones ya que aquí se encuentra la mayor parte de la población rural del Uruguay.

El último censo del Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2011 identifica que Uruguay cuenta con una población de 3.286.314, siendo la población urbana 3.110.701 y la población rural 175.613, concentrándose el 15,8% de la población total en el departamento de Canelones. Dentro de este porcentaje un 48,7% corresponde a varones y un 51,3% a mujeres. Representando un 9,3% a la población rural, donde gran parte corresponde a mujeres.

Uno de los principios de la Atención Primaria en Salud (APS) es la accesibilidad de la población al sistema de salud, siendo esta una de las principales preocupaciones de las políticas sanitarias; percibiendo que la población rural presenta importantes barreras de accesibilidad relacionándose fuertemente a barreras geográficas, económicas y socioculturales. Estas barreras son factores que inciden en la utilización de los servicios sanitarios y visibilizan las desigualdades así como las distancias entre los beneficiarios, los servicios y las características geográficas de la zona en la que residen, dado los obstáculos que se presentan al momento de acceder a los servicios de salud para su control perinatal y los costos que estos implican.

Según las últimas recomendaciones del Ministerio de Salud Pública (MSP), se define como buen control obstétrico en cantidad, a aquel que presente al menos cinco controles, sugiriendo una periodicidad mensual hasta las 32 semanas de gestación, quincenalmente de las 32 hasta las 36 semanas y semanalmente hasta la finalización de la gestación. En cuanto a la calidad de los controles es necesario que cuente con todos los estudios estipulados por las normas del MSP de atención a la mujer embarazada. (2014; p.30)

Un embarazo de captación precoz bien controlado en cantidad y calidad puede detectar factores de riesgo y/o patologías de manera oportuna. Realizar un seguimiento de estas, disminuyen complicaciones asociadas que puedan surgir en el transcurso de la gestación.

La población rural femenina de bajos ingresos, aparece como un sector social mayormente vulnerado, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2010) que informó una mayor mortalidad materna en ámbitos rurales.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES

Para la elaboración de los antecedentes se realizó una búsqueda exhaustiva de material bibliográfico vinculado con la temática. Una vez finalizada la búsqueda no se encontraron investigaciones nacionales que vinculan directamente el tema de la mujer rural con la categoría salud, si con otras categorías.

En el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) se encontró una investigación realizada por Rossana Vitelli (2003), titulada “La situación de las mujeres rurales en Uruguay” donde se estudió la situación demográfica y económica del país, relacionándolo a la mujer rural y su contexto geográfico, cultural y socioeconómico.

En esta investigación se examinó la distribución demográfica de la población del Uruguay y se evidencia que está conformada por una zona rural-urbana, resultante de factores históricos, culturales y estructurales. En cuanto a la realidad de las mujeres rural se observó que en lo relacionado con el trabajo, este no está restringido exclusivamente a las tareas rurales, sino que también se ven fuertemente involucradas en las tareas domésticas cotidianas y tareas de cuidado.

También se observó que las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades en el medio rural están limitadas por la escasa disponibilidad de recursos asignados a las mismas.

Continuando con la búsqueda de antecedentes nacionales se encontró un Trabajo Final de Grado de Licenciatura de Trabajo Social realizado por Fernández Maqueira (2015) titulado “Alcance y limitaciones del Plan Nacional de Salud Rural: la mirada desde la policlínica de San Antonio”.

El objetivo principal de este trabajo fue analizar la aplicación de las políticas públicas de salud rural.

Como resultado de la investigación se observó que la población contaba con una carencia en el equipo de salud, si bien se contaba con especialistas imprescindibles como médicos de medicina general y pediatría, en muchos casos dicha población se debía trasladar al Hospital de Canelones. Llegando a la conclusión de que no se cumple el Plan Nacional de Salud Rural.¹

¹ El plan Nacional de Salud Rural tiene como objetivo mejorar el acceso a la salud, brindando una atención integral a todas las personas, con el propósito de mejorar la calidad de vida y de estas. (2011; p.8)

A nivel internacional se encontró un solo trabajo vinculado directamente con nuestro protocolo de investigación, realizado en Argentina por Fernando Landini (2014), titulado “Accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales de tres localidades del norte argentino”. Estas localidades son el municipio de Goya (provincia de Corrientes), municipio de Dos Arroyos (provincia de Misiones) y la comuna de Ranchillos (provincia de Tucumán).

En este trabajo se visualiza un estudio cualitativo-comparativo de tres casos orientados a identificar, describir y analizar las barreras de orden geográfico, económico y administrativo que limitan el acceso de mujeres rurales al sistema público de salud en el ámbito de la salud materna.

Se constató que hay una cierta desventaja en las poblaciones rurales en comparación con las poblaciones urbanas en cuanto a las distancias y los gastos del transporte. Por esta razón, se observan escasos controles prenatales, captaciones tardías y dificultad en la accesibilidad administrativa haciendo notoria la falta de contrarreferencia y la carencia de devolución de los estudios realizados en las poblaciones rurales.

Como resultado se concluyó que la población rural femenina, especialmente la de bajos ingresos, constituye un sector social más expuesto a la mortalidad materna.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

Para la elaboración del marco teórico del presente protocolo de investigación se considera pertinente abarcar varias temáticas articuladas entre sí, que se describirán a continuación.

Cabe destacar que la perspectiva de género transversaliza el trabajo en su totalidad. Definiéndose ésta como una alternativa política para revelar la posición de desigualdad y sujeción de las mujeres con respecto a los varones. También permite visualizar y denunciar las formas de construir y reflexionar acerca de las identidades sexuales donde se tiene establecida la heterosexualidad normativa y obligatoria como única opción.

La perspectiva de género expone cómo a lo largo de la historia las mujeres han tenido oportunidades desiguales con respecto a la educación, la justicia y la salud, y actualmente con mejores condiciones, continúan situadas en una posición despareja e inequitativa. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2017).

Es oportuno distinguir el sexo del género ya que suelen confundirse. El sexo se refiere a los caracteres físicos del cuerpo de cada persona (mujer-varón), en cambio, el género, se refiere a los diferentes roles psicológicos, sociales y culturales determinados por la sociedad para sexo biológico (femenino-masculino). Este último es utilizado para evocar la forma en que mujeres y hombres interactúan entre sí y con la sociedad. Es importante saber que estas formas de interactuar varían y han ido cambiando a través del tiempo y entre culturas. (Olivero, V. 2004)

El género es el sexo cultural, social e ideológicamente construido.

CONTEXTO HISTÓRICO Y SOCIAL DE LA MUJER RURAL

Para plantear el contexto histórico y social de la mujer rural en nuestro país, se hará una revisión de diversos documentos que abordan la situación de estas. Se dispone de la tesis de licenciatura en sociología titulada “¿Qué significa ser una mujer rural en el Uruguay del siglo XXI? Una visión desde la sociología del Género” de Vanesa Olivero realizada en 2004; el informe final del proyecto “Derecho de las Mujeres rurales en la Legislación Nacional” realizado por Diana Gonzalez, Alicia Deus y Maria Goñi en 2015 y la Planificación de “Mujeres Rurales: Trabajo y acceso a recursos productivos” realizado en 2016 por Paola Mascheroni

para Presidencia. Estas autoras mencionadas, coinciden en que existe una marcada división sexual en las actividades laborales de la vida rural.

Se entiende como división sexual del trabajo a la separación social de las funciones que desempeñan tanto varones como mujeres, influenciadas (Olivero, V. 2004; p4) “por las definiciones sexuales de género, la socialización y la sexualización”, que considera a los hombre con mayor capacidad para desarrollar diferentes tipo de tareas donde las mujeres se ven menos capaces. Siendo las tareas desarrolladas por mujeres a predominio del ámbito doméstico y de cuidados. Esta división sexual del trabajo ocasiona desigualdad e inequidad entre los sexos, beneficiando sólo a uno de ellos, como menciona Vanesa Olivero en su trabajo (2004).

Se da una marcada desigualdad de género en lo que alude a la esfera del trabajo, donde la intervención de las mujeres es menor en aquellas tareas que requiere alejarse del hogar durante largos periodos, y por lo tanto, es difícil coordinarlas con su rol reproductivo. Por esto mismo, las mujeres rurales desempeñan sus tareas dentro del ámbito doméstico, donde desarrollan tareas relacionadas a lo reproductivo, las cuales no pasan directamente por el mercado, y esto hace que sean desvalorizadas e invisibilizadas.

Teniendo una perspectiva más actual de la situación, Diana González Perrett, Alicia Deus Viana y María Goñi Mazzitelli en su informe final también relatan que hay una marcada división sexual en cuanto al trabajo rural productivo, donde son los varones los beneficiarios; en las mujeres se ve una limitación en cuanto a su autonomía, producto de la desigualdad económica que genera esta situación entendiéndose a la misma como el grado de libertad que tienen para poder actuar de acuerdo con sus elecciones y no con la de otros.

Las autoras hacen alusión a que ésta marcada división sexual del trabajo agudiza la brecha de género existente, donde una de las situaciones afectada es la tasa de empleo, visualizándose un porcentaje de ocupación para los varones de un 78,8% y para las mujeres de un 48,2%, siendo el porcentaje de desempleo para estas últimas más del doble que para los varones. (González, Deus y Goñi, 2015).

Otra situación donde se ve afectada y remarca la desigualdad es el valor de los ingresos. En el año 2012, en poblaciones hasta 5000 habitantes, el promedio del ingreso de las mujeres correspondía a un 56% del ingreso de los varones y a un 52% de la totalidad de la población rural. Por otra parte, en el ámbito agropecuario el salario percibido por hora del trabajo de las mujeres corresponde a un 74% en comparación del de los varones, lo que significa, que por la misma tarea, las mujeres reciben un 36% menos que los varones. El valor del salario percibido por las mujeres rurales es de un 34% menor que el que reciben las mujeres en zonas urbanas. Esto connota que la mujer en el ámbito rural padece una segregación salarial en virtud de su sexo, relacionándose a su condición

de ruralidad y colocándose en una posición de inferioridad con respecto a las mujeres urbanas. (Vitelli y Borrás, 2013).

Dadas las situaciones de desigualdad que se deja ver en dicho trabajo, las autoras refieren la necesidad de ejecutar políticas públicas que consideren a las mujeres que viven en el ámbito rural, brindándoles oportunidades para acceder a los diferentes recursos. Para esto, es necesario reconocer el valor del trabajo rural que realizan las mujeres, tanto remunerado como no remunerado, valorizando su aporte a la economía y a la sociedad. Como lo expresan González, Deus y Goñi (2015).

A pesar de los avances formales a través de la construcción y modificación de normativas específicas, diseño y ejecución de políticas públicas, apoyos y acciones a través de proyectos algunas de las desigualdades persistentes, están relacionadas con el acceso, uso y apropiación del territorio, bienes y servicios básicos para su pleno desarrollo. Las mujeres en el ámbito rural tienen menos posibilidades laborales, menores ingresos, escaso acceso a la seguridad social y, fundamentalmente, una sobrecarga de trabajo que se relaciona con la desigual distribución del trabajo doméstico y de cuidado en los hogares y en el conjunto de la sociedad.²

Continuando con una perspectiva actual, Paola Mascheroni (2016) presentó la Planificación de “Mujeres Rurales: Trabajo y acceso a recursos productivos” donde también hace referencia al trabajo rural y a su precarización.

En los últimos años los roles de género se han ido deconstruyendo y se ha comenzado a visibilizar la participación de las mujeres rurales en las actividades productivas y en la toma de decisiones, de todos modos continúa la marcada desigualdad entre mujeres y varones que viven en este ámbito de ruralidad.

Mascheroni hace referencia a situaciones reincidentes que viven las mujeres rurales en el Uruguay, dividiéndolas en tres grandes pilares.

El primero menciona que se comprueba una marcada división sexual del trabajo; en las explotaciones agropecuarias se da una menor participación

de las mujeres, y cuando lo hacen se encuentran en puestos de menor valorización, como lo son las tareas domésticas. La segunda situación se presenta en el ámbito familiar, donde las mujeres realizan multitareas; además de las reproductivas, realizan actividades

² (González, Deus y Goñi. 2015; p19)

productivas donde generalmente no son remuneradas, sino que se consideran como “ayuda” al trabajo de los varones. Esto invisibiliza aún más el trabajo femenino y dificulta su reconocimiento. La tercera situación que Mascheroni identifica es una responsabilidad adjudicada a los varones hacia las actividades productivas, destinando la responsabilidad a las mujeres de cumplir con las actividades reproductivas, fijando aún más los roles de género.³

También se observa que las mujeres acceden a puestos de trabajos donde son muy precarios y mal remunerados, careciendo de seguro social y sus derechos laborales se ven vulnerabilizados.

La autora mencionada anteriormente refiere que la brecha de género a nivel rural está más enfatizada en comparación con la urbana, esto se debe a que los cuestionamientos en base a los roles de género; se dan más lentamente en el medio rural, observándose claramente en la división sexual del trabajo. Este contexto en el que viven las mujeres rurales es provocado por estereotipos de género que se establecen por los mandatos patriarcales, colocando a la mujer rural en situaciones de vulnerabilidad.

Florencia Luna (2008), en su trabajo monográfico titulado “Vulnerabilidad: la metáfora de las capas” refiere que “la vulnerabilidad debería ser pensada mediante la idea de capas”, entendiendo no meramente como un concepto estático o sólido; sino como una idea más “flexible”, que pueden ser diversas y numerosas, removiendo o añadiendo capas de una en una.

Transfiriendo esta metáfora de las “capas de la vulnerabilidad”⁴ En cuanto al contexto de las mujeres rurales, se puede ver que dichas mujeres cuentan con varias capas. Visualizándolo con una perspectiva de género, se refiere que la condición de ser mujer adjudica la primera capa. Como mencionan las autoras verificadas anteriormente, el hecho de vivir en el medio rural les agrega más capas de vulnerabilidad, invisibilizándolas y colocándolas en una situación de inferioridad y subordinación en su vida rural y en comparación a la vida urbana.

“Este concepto de vulnerabilidad está estrechamente relacionado a las circunstancias, a la situación que se está analizando y al contexto. No se trata de una categoría, un rótulo o una etiqueta que podemos aplicar.” (Luna, F. 2008; p.8)

De esta manera, no se debería de considerar a la vulnerabilidad como una posición permanente y categórica incambiable que perdura en el tiempo,

dado que se debe considerar las circunstancias en las que se encuentra la persona.

³ Mascheroni (2016; p27) donde habla de los pilares principales de las mujeres rurales.

⁴ Esta idea es extraída “Vulnerabilidad: la metáfora de las capas” refiere que “la vulnerabilidad debería ser pensada mediante la idea de capas”, entendiendo no meramente como un concepto estático o sólido; sino como una idea más “flexible”

Otra forma de entender este pensamiento, que categoriza a alguien como endeble, es sopesar que una circunstancia o situación puede convertir a una persona como vulnerable. Así mismo, se puede decir que las mujeres rurales suelen contar con diversas capas de vulnerabilidad, las cuales tienen una connotación negativa, ya que cada capa deja a las mismas aún más en desventaja. “Así parte del trabajo será identificar tales capas para luego quitarlas.”

Concordando con Diana González Perrett, Alicia Deus Viana y María Goñi Mazzitelli (2015) donde aluden a la necesidad de ejecutar políticas públicas referidas a la situación de las mujeres que viven en el medio rural, de esta manera, se podrían visibilizar las capas de vulnerabilidad de las mujeres rurales, para trabajar en ellas.

POLÍTICAS PÚBLICAS VINCULADAS A MUJERES RURALES

Lahera, E. (2004) menciona que es importante hablar de las políticas públicas dado que son acciones y omisiones que deciden los actores públicos en respuesta a problemas definidos, según la realidad social y el interés público, constituyendo una respuesta consecuente y sostenida en el tiempo. Por lo ya dicho, las políticas públicas resultan útiles para acotar a las discusiones políticas, diferenciar problemas, vinculados a soluciones más amplias y específicas, planteando esfuerzos compartidos y participando de manera más específica. Tanto los partidos políticos, grupos sociales y las personas, deben interiorizarse en el análisis de políticas públicas para que se genere una reforma de estado.

El Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca elaboró el “Plan Nacional de Género en las Políticas Agropecuarias del Uruguay” (PNG Agro) en el año 2021, asignándole como objetivo general “Reducir las desigualdades basadas en género en el acceso a recursos y reconocimiento, en el medio rural y el sector agropecuario y de la pesca.”

5

La población objetivo del mencionado plan está conformada por las personas del sector agropecuario, de la pesca y del medio rural. El accionar de la institucionalidad pública agropecuaria se desarrolla en relación a las personas que habitan y/o forman parte del sector productivo pero incluso a quienes viven en el medio rural sin dedicarse a este sector.

En el PNG Agro se hace referencia a que se mantiene y se agrava la brecha de género cuando se crean políticas públicas que no tienen en

cuenta la necesidad de las mujeres y no problematizan la desigualdad de género. “La incorporación del

⁵ Dentro del PNG Agro los objetivos específicos son: 1. Promover sistemas productivos y cadenas de valor agropecuarias con equidad de género. 2. Incorporar la perspectiva de género en la gestión de conocimiento, extensión y comunicación agropecuaria. 3. Promover la participación y empoderamiento de las mujeres del agro y del medio rural. 4. Fortalecer la perspectiva de género en la institucionalidad pública agropecuaria. (2021; p111)

enfoque de género en las políticas públicas busca demostrar la persistencia de discriminaciones de género y cuestionar la neutralidad de las políticas, programas y los presupuestos públicos respecto del género.” (2021; p21)

Este plan se creó basándose en la equidad de género; donde las personas presentan necesidades y vivencias diferentes, siendo la desigualdad de género uno de los componentes fundamentales para la construcción de esas diferencias. Por consiguiente, es necesario un trato equitativo, siendo imprescindible acciones diferenciales para alcanzar la real igualdad de género. (2021; p.110)

Según Garcia Prince (2010) las políticas públicas con perspectiva de género generan un trato diferencial a favor de aquella población que se encuentra en desventaja, en este caso, a favor de las mujeres; intentando así crear una equidad de género entre los agentes rurales.

Cuando las normativas son creadas basándose en el principio de equidad de género, permiten visualizar los nudos críticos de desigualdad que existen en el sector, erradicando la segregación de la mujer por su condición de género y así asegurar el ejercicio de los derechos sociales, culturales y económicos a mujeres y varones.

Los cambios que provocan estas normativas desafían la brecha de género a través del reconocimiento de su motivo, impulsando el empoderamiento y modificando las relaciones jerárquicas de género. En el PNG Agro se anexaron con el fin de brindar herramientas a las necesidades de las mujeres y que las mismas puedan sentirse valoradas por medio de acciones que a su vez les proporcionan espacio y voz.

En Uruguay, el Estado comenzó un proceso de construcción de condiciones con un carácter de equidad e igualdad de género hacia los grupos discriminados, asignando normas para garantizar derechos de igualdad de oportunidad. A continuación se realizará una presentación concreta y cronológica de las leyes y decretos más relevantes en relación a la igualdad de género.

Ley N° 19.580/2017 “Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. Modificación a disposiciones del código civil y código penal. Derogación de los arts. 24 a 29 de la Ley 17.514”. Esta ley reconoce diferentes formas de violencia hacia las mujeres, exige al Estado prevenir, pesquisar y castigar la violencia basada en género, así como resguarda, brinda atención y restaura a las víctimas de manera integral.

Ley N° 19.685/2018 “Modificación de normas relativas a la promoción del desarrollo con equidad de género. Producción familiar agropecuaria y pesca artesanal”. Tiene

la finalidad de fomentar la autonomía económica de las mujeres, mediante el afianzamiento del acceso, el control, la utilización de recursos y áreas de participación en la producción agropecuaria y en las pequeñas o medianas empresas. Integra una mirada de género en las leyes anteriores vinculadas con las compras públicas.

Ley N° 19.846/2019 “Aprobación de las obligaciones emergentes del derecho internacional de los derechos humanos, en relación a la igualdad y no discriminación entre mujeres y varones, comprendiendo la igualdad formal, sustantiva y de reconocimiento.” La presente es la herramienta primordial de igualdad de género vigente en la actualidad, asegurando la equidad de derechos y la no discriminación. Definiendo la discriminación hacia las mujeres como:

...toda distinción, exclusión, restricción u omisión basada en el género que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra. (Art. 3)

El ítem C del artículo 7 estipula:

Reforzamiento de la prevención y combate de la discriminación hacia las mujeres afrodescendientes, rurales o en situación de discapacidad. A esos efectos se deberán adoptar medidas especiales de carácter temporal para mejorar su acceso a la educación, la salud, el trabajo, la vivienda y la justicia. (Art. 7)

Como se menciona en el capítulo 2 del PNG Agro, existen diferentes sistemas de discriminación e injusticia que accionan de manera articulada en la vida de las personas, como ser la racialización, diferencias generacionales, orientación sexual, situaciones de discapacidad y diferencias territoriales. Estos sistemas de discriminación actúan junto a las desigualdades de género en la vida de las mujeres rurales. Ello refiere a que existe una “superposición” de desigualdades en la vida de las

mujeres en el ámbito rural, donde la discriminación en base al género intersecciona con desigualdades de otros tipos, como las clases sociales.

El Plan Nacional de Salud Rural (2010), está enmarcado dentro de la reforma de estado como una herramienta de Salud Pública para proporcionar y cooperar en la ejecución de las políticas de desarrollo integral rural del país, garantizando la cobertura de las necesidades básicas para toda la población.

Este plan plantea abordar tres aspectos críticos en el medio rural:

- Disminuir las barreras geográficas mejorando la accesibilidad de la población rural a los servicios de salud.
- Proporcionar un equipo de salud multidisciplinario con un alto nivel de capacitación, comprometido en mejorar la situación de salud de la población, brindando una salud integral.
- Afianzar la continuidad de atención en todo el proceso asistencial.

El plan respalda proyectos e iniciativas que promuevan la riqueza cultural y los factores protectores de la salud, así como también busca generar instrumentos que logren una coordinación de los recursos presentes ejecutando una red integrada de los servicios de salud, basándose en las estrategias de Atención Primaria de Salud y de Promoción de la Salud.

Se observa que las familias rurales en nuestro país son las más vulnerables, especialmente cuando hablamos de las mujeres, debido a las barreras que presentan, ya sean económicas, geográficas, de salud, de educación, de trabajo, que a su vez se encuentran deterioradas.

Este es uno de los motivos donde el Plan Nacional de Salud Rural (2010) espera contribuir en el desarrollo de la salud para erradicar la pobreza y migración de la población rural.

CONTEXTO NORMATIVO

Se introducirán temáticas que establecen parte de las normativas concernientes para este trabajo, siendo ellas la Atención Primaria de Salud (APS), los niveles de atención, enfatizando en el primer nivel, y el Sistema Nacional Integrado de Salud.

⁶ Plan Nacional de Salud Rural (2010; p10). Aspectos críticos en la salud rural.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud llevada a cabo en la ciudad de Alma Ata en el año 1978, toma en consideración la necesidad urgente de una acción por medio de todo el personal de salud, de la comunidad mundial, y sobre todo de los gobiernos, el proteger y promover la salud de todos los habitantes del mundo. Esta estrategia propone cambiar el modelo de atención que estaba fundado sobre la enfermedad y los servicios curativos, haciendo énfasis en los establecimientos de segundo y tercer nivel; por un modelo que tenga como eje principal la promoción de salud y la prevención de enfermedades, con un costo accesible para la comunidad.

En base a esta conferencia se elaboró la Carta de Ottawa (1986) para la reducción de las diferencias en el estado actual de salud y asegurar una equidad de oportunidades proporcionando la Promoción de la Salud. Definiéndose esta como el proceso que suministra las herramientas necesarias a la comunidad con el fin de que estos efectúen un mayor control sobre su propia salud, apropiándose de ella, para así poder mejorarla.

Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011) definen a la prevención de enfermedad como todas aquellas medidas orientadas a evitar la aparición de patologías, siendo algunas de estas la reducción de factores de riesgo; como también eludir su progreso y aminorar sus secuelas una vez establecida.

La prevención se puede segmentar en tres niveles. El primer nivel de prevención tiene como objetivo disminuir la incidencia o aparición de la enfermedad, por medio del control o eliminación de los factores causantes. El segundo nivel está orientado al diagnóstico temprano de la enfermedad incipiente, esto se hace mediante exámenes médicos periódicos en personas clínicamente sanos. Se refiere a prevención terciaria a toda aquella acción llevada a cabo con el fin de tratar una enfermedad ya establecida y/o realizar una correcta rehabilitación física, psicológica y social en caso de secuelas o invalidez.

Así como se dividen los niveles de prevención, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone organizar a los servicios también en tres niveles de atención. El primer nivel de atención es el primer contacto de la población con el sistema de salud, es el más próximo a ésta, se considera la puerta de entrada al sistema de salud; los recursos están organizados de tal modo que se resuelven el 85% de los problemas prevalentes por medio de actividades de promoción de salud y prevención de enfermedad. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como ser policlínicas, consultorios, centros de salud, los cuales permiten una adecuada accesibilidad a la población a una atención eficaz y oportuna.

El segundo nivel de atención está constituido por centros de mayor complejidad como ser centros hospitalarios. Entre el primer y segundo nivel se estima que se puede resolver hasta el 95% de los problemas de salud que presenta la población.

En el tercer nivel de atención se atienden los problemas poco prevalentes, como ser patologías complejas que requieren de alta tecnología. En este nivel se resuelve el 5% de los problemas de salud planteados.

La Atención Primaria de Salud (2008) plantea que para que los niveles de atención articulen correctamente entre ellos y cubran todas las necesidades de la población ininterrumpidamente, debe existir un correcto sistema de referencia y contrareferencia, lo cual es fundamental para la coordinación entre los diferentes niveles de atención.

El sistema de referencia es un procedimiento administrativo-asistencial, en donde un establecimiento de salud, traslada la responsabilidad de la atención de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica a otro centro de mayor complejidad o capacidad resolutoria.

La contrareferencia se da cuando el establecimiento de salud referido, una vez resuelto el problema u obtenido el resultado de una prueba diagnóstica, reintegra la responsabilidad de la salud del paciente, con su retorno al centro referente para el control y seguimiento necesario, por lo general de menor complejidad.

Se entiende como complejidad a los procedimientos dificultosos que abarca la actividad de un centro asistencial. Se establece por recursos tecnológicos, físicos y humanos necesarios para el cumplimiento de sus objetivos. Cada nivel de atención está condicionado por el nivel de complejidad que debe poseer. (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa. 2011)

Tomando en cuenta lo establecido en la Conferencia de Alma Ata (1978), en cuanto a los objetivos de universalidad respecto a la salud, se crean centros de primer nivel en el medio rural, ya que como se menciona anteriormente, es aquí donde se resuelven la mayor parte de los problemas de salud de la población, tomando la concurrencia de la población rural a estos centros, como oportunidad para realizar la promoción de salud y la prevención de la enfermedad.

En dicha conferencia se hace énfasis en que todos los gobiernos están obligados a crear y ejecutar políticas, estrategias y planes, con el fin de

establecer y mantener la atención primaria de salud, como parte de un sistema nacional de salud completo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) tiene como principal objetivo acentuar la Atención Primaria de Salud en los sistemas sanitarios, enfatizando la cobertura sanitaria y el acceso universal a la salud.

Para llevar a cabo este propósito, en Uruguay se comenzó un proceso de reforma sanitaria en el periodo de 2005-2009, donde se contextualizan transformaciones sociales, económicas y políticas para generar un cambio en el modelo de atención a la salud. A raíz de esta gran reforma en la salud, se promulgaron un conjunto de leyes y decretos, donde se observa la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). (MSP, 2005-2009)

La normativa referente a la creación del SNIS es la Ley N° 18.211 de 2008 “Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud”, la cual está reglamentada por el Decreto N° 2/008 “Reglamentación de la Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud”. Este decreto reglamenta el derecho a la salud y al resguardo de la misma, que poseen todos los habitantes del territorio nacional, y establece las modalidades del acceso integral a los servicios de salud. Estimula a que los usuarios del SNIS escojan un prestador que lo integre, ya sea del sector público o privado.

Esto constituye un Seguro Nacional de Salud donde sus principales objetivos son garantizar el acceso universal de atención a la salud, dirigido a todas las personas de la población, con equidad económica y calidad de atención integral, igualitaria donde se articulen políticas de salud. Procura descentralizar, organizando a los servicios de salud según los niveles de complejidad y las necesidades territoriales para cada zona. También presenta la finalidad de desarrollar la promoción de salud mediante acciones dirigidas a personas, alcanzando así el más alto nivel posible de salud. (MSP, 2005- 2009; p.58)

A raíz de esta reforma sanitaria se observan grandes cambios respecto al antiguo modelo de salud, en el cual existían dos subsistemas disociados y sin conexión entre ambos, inequitativos en su acceso.

Desde el punto de vista de los prestadores del SNIS, se crea un sistema mixto donde se incorporan a los prestadores del sector público como también a los del sector privado, en régimen de complementación, brindando la opción a los usuarios a poder seleccionar entre lo público y lo privado, a diferencia del antiguo modelo Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE) donde solo permitía elegir dentro del sector privado.

El nuevo sistema de salud tiene un modelo de financiamiento único a través de un fondo público y obligatorio, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), al que aportan el estado, las empresas y los hogares beneficiarios del SNIS, juntando todos los

aportes. Este fondo es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA). (MSP, 2005- 2009; p.58)

En relación al contexto socio-económico de la mujer rural, el SNIS garantiza asistencia accesible para esta población, fomentando la descentralización y evitando que recorran grandes distancias para tener acceso integral a la salud. Como se ha visualizado previamente, existe una brecha salarial en el sector rural, donde las mujeres son más afectadas, el SNIS busca la igualdad económica entre mujeres y varones, a pesar de la desigualdad en base al género, brindando una atención equitativa.

Trasladando el cambio de sistema de salud a la situación de las mujeres rurales, estas se ven beneficiadas, ya que como se mencionó cuando se analizó su contexto, la mayoría trabajan como asalariadas, siendo el varón el que cuenta con aportes; esto asegura que dichas mujeres puedan elegir igualmente entre una cobertura pública o privada por la cobertura familiar de su pareja, o de lo contrario, tengan asegurada una cobertura pública en igualdad de condiciones que el resto de la población.

En síntesis, en nuestro país, el estado tiene la obligación por normativa constitucional de brindar cobertura igualitaria a todos aquellos que no puedan acceder a ella, es por esto que se puede plantear que existe cobertura universal.

CONTROL OBSTÉTRICO

Las guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido (CLAP, 2019) define al control obstétrico como una serie de entrevistas programadas entre la gestante y el equipo sanitario, con la finalidad de vigilar e informar sobre las condiciones fisiológicas; prevenir, detectar, y tratar los procesos patológicos que se puedan establecer durante el embarazo, o que estén presentes previamente; así como también realizar preparación para el parto y la crianza. Dicho control puede ser realizado por Ginecotocólogos/as, Obstetras Parteras, Médicos/as de Familia y Médicos/as Generales.

El control obstétrico, para ser eficaz, debe cumplir con cuatro requisitos básicos. Ser precoz, realizando la primera consulta antes de las 12 semanas. Periódico, donde la regularidad de las consultas depende del grado de riesgo que presenta la gestante.

En Uruguay las Guías de Salud Sexual y Reproductiva del MSP (2014) sugieren que las consultas obstétricas deben tener un mínimo de 5; existe evidencia científica que demuestra que los resultados perinatales de embarazos de bajo riesgo no mejoran cuando se sobrepasa esta cantidad. No obstante, los mismos estudios demuestran

que muchas mujeres se sienten insatisfechas con esta frecuencia, por lo que se establece que la misma sea mensual hasta las 32 semanas, quincenal hasta las 36 semanas y semanal hasta el nacimiento en embarazos de bajo riesgo.

Otra condición para los controles es que sean completos, presentando los contenidos mínimos de cuidados para cumplir acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Por último deben ser de amplia cobertura lo que significa que cuanto más embarazadas accedan a los cuidados, mayores serán los resultados positivos vinculados a la morbilidad materna y perinatal.

El cuidado prenatal apropiado en cantidad y calidad contribuye enormemente a la salud de la gestante y de su familia, siendo un modelo de medicina preventiva.

El Manual para la atención de la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio (2014) del MSP refiere que la OMS pretende aplicar 5 estrategias en el seguimiento de la gestante como ser:

- Educar, asesorar y brindar apoyo a la embarazada y su entorno.
- Realizar prevención de enfermedades.
- Vigilar la aparición de signos y/o síntomas clínicos y/o paraclínicos de alarma.
- Prevenir las alteraciones de las dinámicas familiares realizando el seguimiento de la gestante, diagnósticos y tratamientos de afecciones en el centro de salud de preferencia de la mujer.
- Realizar referencia a centros de mayor complejidad cuando se crea oportuno, obteniendo la contrarreferencia de la usuaria al centro de salud de su preferencia. ⁷

El MSP elaboró una guía titulada “Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia de embarazo y nacimiento institucional” (2018)

donde hace referencia a que el control de embarazo debe ser de fácil acceso para la usuaria y su familia.

⁷ Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Ministerio de Salud Pública (MSP) (2014; p.29)

Para esto, las instituciones de asistencia sanitaria deben tener presente las necesidades de su población, previendo el acceso al transporte, horarios y días de consultas, facilitar las interconsultas con coordinación, evitando la cantidad de visitas a la institución y disminuyendo los tiempos de espera, para concretarlas antes del próximo control obstétrico. (2018; p.30)

Facilitando el acceso a los centros de salud, el CLAP (2019) menciona que hay que erradicar las barreras que impiden el cuidado prenatal efectivo. Se entiende como barreras a los gastos en salud cuando esta no es gratuita, a lo que se suman los gastos de transporte y la pérdida de la jornada laboral de la usuaria y de la familia.

La inapropiada competencia técnica del equipo sanitario y la desorganización del sistema de salud para brindar los cuidados requeridos también contribuye a lo anteriormente mencionado.

Tanto las barreras geográficas como las referidas al orden cultural, no facilitan el acceso a los centros de salud.

Es importante poder visualizar las barreras para evitarlas y erradicarlas, garantizándoles a las gestantes y a sus familias el acceso a los centros de salud con una asistencia de calidad.

PERFIL DE LA OBSTETRA-PARTERA

En Uruguay la Escuela de Partera determina el perfil de la Obstetra-Partera (OP) como aquel profesional que cuenta con el aprendizaje adecuado, la actitud y la capacidad de brindar una atención integral de promoción de salud, prevención de patologías, diagnóstico y rehabilitación de procesos patológicos a las mujeres a lo largo de su vida. Brindando atención principalmente en los procesos de diagnóstico, control y asistencia de embarazo, parto y puerperio fisiológico, como también asistencia al recién nacido y lactante.

Es un profesional de ejercicio libre, habilitado para trabajar tanto en ámbitos públicos como privados, articulando su trabajo con otros profesionales de la salud. Desarrolla educación para la salud con un enfoque Bio-Psico-Social basándose en salud sexual y reproductiva orientado hacia la mujer, la familia y a la comunidad, respetando las diversidades de culturas con una perspectiva de género.

La atención que lleva a cabo la partera contribuye a la reducción de muertes neonatales, partos pretérminos, anestesia epidural, episiotomía y muertes maternas; y aumenta el número de partos vaginales eutócicos y la vivencia positiva en las

mujeres, sin aumentar el riesgo de sufrir daños. Por lo que la Confederación Internacional de Matronas (ICM, 2021) refiere que invertir en estas profesionales aporta resultados beneficiosos.

Este modelo basado en la continuidad de atención construye una relación entre la partera y cada mujer, donde predomina la confianza, la igualdad, la toma de decisiones informadas, responsables y compartidas.

Éticamente la Obstetra-Partera desempeña su rol profesional respetando y centrándose en la mujer como sujeto de derecho, con negación a realizar prácticas contra sus principios morales e ideológicos. Debe mantener la confidencialidad de la usuaria, cumpliendo así con el secreto profesional.

La ICM (2021) afirma que estas profesionales están guiadas por una serie de valores fundamentales denominados “filosofía profesional” que se basa en los principios éticos de equidad, justicia, respeto y dignidad de las personas.

El trabajo de estas/os profesionales es un ejemplo de liderazgo. Realiza cuidados integrales y continuos que mejoran la salud, la confianza y libertad de las mujeres, entendiendo sus experiencias sociales, emocionales, culturales, espirituales, psicológicas y físicas.

Cuando una partera establece contacto con una mujer, esta influye en sus opiniones sobre el parto, su cuerpo, sus derechos y lo que significa ser respetada. A su vez, la mujer influirá en la opinión de otras mujeres y comunidades que la rodean, creando un efecto dominó.

Si este liderazgo es organizado, ayuda a que las parteras y las mujeres utilicen su fuerza y voz colectiva para iniciar el cambio, impulsar el progreso y reforzar la profesión; además, permite que compartan esta fuerza y voz colectiva con otros grupos que defiendan los derechos de las mujeres.

Este esfuerzo se implementa para mejorar los resultados, brindando atención de calidad hacia las mujeres y sus familias independientemente de su etnia, raza, origen religión u orientación e identidad sexual.

CAPÍTULO 3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que inciden en la utilización de los servicios de salud vinculados a los controles obstétricos de mujeres que controlan sus embarazos en policlínicas rurales de la RAP Canelones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar caracterización de policlínicas rurales de la RAP Canelones.
- Determinar cómo influyen los factores socioeconómicos y culturales en la accesibilidad al sistema de Salud.
- Establecer cómo influyen las barreras geográficas en la cantidad y calidad de los controles obstétricos.
- Evaluar cómo influye la accesibilidad al servicio de salud en la captación oportuna del embarazo.

CAPÍTULO 4. DISEÑO METODOLÓGICO

La investigación se realizará mediante un estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio.

El tipo de estudio cualitativo consiste en la formulación de interrogantes e hipótesis durante todo el periodo de recolección y análisis de datos. Esta recabación de datos sirve para descubrir las interrogantes más relevantes para la investigación y luego afinarlas y responderlas. (Hernández, R. 2014)

Dado que no se cuenta con antecedentes específicos previos del tema a abordar se realizará un estudio exploratorio. Batthyány y Cabrera (2011) mencionan que dichos estudios se utilizan cuando el tema de investigación que se va a abordar cuenta con escasa o nula pesquisas previas. Este tipo de investigación sirve como antecedente a estudios posteriores.

Las investigaciones descriptivas caracterizan las particularidades de las personas o grupos, para luego analizarlas a través del discurso de las mismas.

La técnica de recolección de datos que se utilizará en esta investigación serán entrevistas semiestructuradas presentando este modelo diferentes características que permiten una amplia recolección de datos. Según (Flick, 2004) este modelo ofrece una flexibilidad permitiéndole al entrevistador orientar y adentrarse de manera más profunda en aquellos aspectos que considere más relevantes, sin perder de vista el objetivo de la investigación.

Estas entrevistas se llevarán a cabo durante el segundo semestre del corriente año.

Los resultados que se obtengan de esta investigación serán analizados a través de la técnica de contenidos, tabulados y procesados a través del programa estadístico Atlas ti.

El área de estudio de la investigación serán las policlínicas rurales de la RAP Canelones.

Población de estudio:

- Mujeres que controlan su embarazo en las policlínicas rurales de la RAP Canelones.
- Personal calificado que desempeñe funciones en las policlínicas rurales de la RAP Canelones.

Criterios de inclusión:

- Mujeres embarazadas que accedan a la entrevista, controlen sus embarazos en alguna de las policlínicas rurales de la RAP Canelones y vivan en el medio rural.
- Personal calificado que desempeñe funciones en policlínicas rurales de la RAP Canelones y accedan a participar de las entrevistas.

Criterios de exclusión:

- Mujeres no embarazadas que concurren a policlínicas rurales de la RAP Canelones.
- Mujeres embarazadas que controlen sus embarazos en policlínicas urbanas de la RAP Canelones.
- Personal calificado que no desempeñe funciones en policlínicas rurales de la RAP Canelones o no accedan a participar de la entrevista.

CAPÍTULO 5. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

En este cronograma se visualiza un orden cronológico de las actividades que se pretenden llevar a cabo en el transcurso del trabajo final de grado.

Se utiliza el diagrama de Gantt, este cuenta con dos ejes, uno vertical que ubica las tareas ejecutadas en el proyecto y el horizontal que está conformado el tiempo en meses.

| Meses / Actividades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Elaboración del protocolo de investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentar protocolo al comité de ética | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realizar caracterización de las policlínicas rurales de la RAP | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realización de entrevistas | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análisis de datos obtenidos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de resultados y conclusiones | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Informe final de la investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CAPÍTULO 6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente protocolo de investigación se enmarca dentro del Decreto 158/019 que regula las investigaciones en seres humanos en nuestro país, realizado por la Comisión Nacional de Ética en Investigación; así como también está enmarcado dentro de la Declaración Internacional de Helsinki (2000), concerniente a la investigación en seres humanos. Estos tienen la finalidad de proteger a todos los seres humanos sujetos a las investigaciones, respetando su dignidad e integridad, cumpliendo exigencias éticas y científicas en relación a los derechos humanos.

En el artículo 3 del decreto 158/019 menciona que el protocolo de investigación deberá ser ingresado al Comité de Ética en Investigación para su aprobación y posterior ejecución.

La población objetivo del presente involucra a mujeres gestantes que controlan su embarazo en policlínicas rurales de la RAP Canelones y al personal calificado de dichas policlínicas.

Los consentimientos informados se solicitarán una vez que se tome contacto con las personas a entrevistar, en caso de aceptar la participación, se procederá a solicitar la remisión del formulario de consentimiento informado (ver Apéndice) por la vía e-mail.

Las personas que no estén en condiciones de consentir y/o asentir, no serán incluidas en la investigación.

Cabe destacar que todas las investigaciones que involucren a personas presentan riesgos; debiendo ser los beneficios mayores que los riesgos. El procesamiento de datos y su socialización estará sujeto a los criterios de anonimato y confidencialidad, para resguardar la identidad de las personas se codificarán las entrevistas evitando así revelar datos identificatorios. Los beneficios que se obtengan serán sociales, en tanto generarán nuevo conocimiento y aportarán insumos para la elaboración de políticas públicas.

Destacamos el valor social y académico de esta investigación en tanto en nuestro país no hay mucha información sobre la misma, además se propone aportar los insumos necesarios para que al momento de realizar la misma esta genere los conocimientos necesarios para abordar las situaciones relativas a las mujeres que controlan sus embarazos en

policlínicas rurales de la RAP Canelones. Estos conocimientos son fundamentales para poder determinar qué factores son

influyentes al momento de pensar nuevas políticas públicas que mejoren la calidad de atención y faciliten el acceso de las mismas al sistema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). RAP Canelones. Disponible en: <https://www.asse.com.uy/contenido/RAP-Canelones-5337>

Asociación Médica Mundial (AMM), (2017). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-et-icos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Batthyány, K. y Cabrera, M. (2011). Universidad de la República (Udelar). Comisión Sectorial de Enseñanza (CSE). Metodología de la investigación en ciencias sociales: apuntes para un curso inicial. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/26551/1/Methodologia%20de%20la%20investigaci%c3%b3n%20en%20CCSS_Batthyany_Cabrera.pdf

Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la mujer y Reproductiva (CLAP) (2019). Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido. Disponible en: https://cssrecuador.org/downloads/2019/guia_mujer_2019.pdf

Confederación Internacional de Matronas (ICM). (2021). Marco profesional de la partería de la ICM 2021. Disponible en: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2021/12/es_professional-framework-2021_v1.0_16.6.21.pdf

Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales (IMPO), (2008) Decreto N.º 2/008. Sistema Nacional Integrado de Salud. Reglamentación de la Ley 18.211. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/2-2008>

Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales (IMPO), (2019). Decreto N.º 158/019, (2019). Aprobación del proyecto elaborado por la Comisión Nacional de Ética en Investigación vinculada a la dirección general de la salud, referida a la investigación en

seres humanos. Disponible en:
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019>

Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales (IMPO), (2008).Ley N°18.211. Ley Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>

Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales (IMPO), (2017). Ley N°19.580. Ley de Violencia hacia las mujeres basada en género. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>

Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales (IMPO), (2018). Ley N° 19.685. Modificación de normas relativas a la promoción del desarrollo con equidad de género. Producción familiar agropecuaria y pesca artesanal. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19685-2018>

Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales (IMPO), (2019). Ley N° 19.846. Aprobación de las obligaciones emergentes del derecho internacional de los derechos humanos, en relación a la igualdad y no discriminación entre mujeres y varones, comprendiendo la igualdad formal, sustantiva y de reconocimiento. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/1984-2019>

Escuela de Parteras. Facultad de Medicina. Universidad de la República (UDELAR). (AÑO). Perfil y Competencias de la/del Obstetra-Partera/o. Disponible en: <http://www.escuparteras.fmed.edu.uy/sites/www.escuparteras.fmed.edu.uy/files/Plan/Perfil%20y%20Competencias%20de%20la-del%20Obstetra-Partera.pdf>

Fernández Maqueira. (2015). Alcance y limitaciones del Plan Nacional de Salud Rural: la mirada desde la policlínica de San Antonio. Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social, UDELAR.

Flick, U. (2004). Introducción a la Investigación Cualitativa. España, Madrid. Ediciones Morata S. L.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), (mayo 2017). Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas. Perspectiva de Género. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/COM-1_PerspectivaGenero_WEB.pdf

González, D. Deus, A. y Goñi, M. (Julio 2015). "Derechos de las Mujeres Rurales en la Agricultura Familiar" Relevamiento y sistematización de las políticas públicas y la legislación vigente para el fortalecimiento de la equidad de género en la Agricultura Familiar.

Disponible
en:

<http://guiaderecursos.mides.gub.uy/innovaportal/file/86900/1/informe-final-dd-mujeres-rurales-en-a-familiar.pdf>

Hernández Sampieri, R. Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación (6a. edición). Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (INE), (2012). Uruguay en cifras 2012. Disponible en: https://www.ine.gub.uy/documents/10181/39317/Uruguay+en+cifras+2012.pdf/8a922_fc6-242a-4ecc-a145-c334825c8dbd

Lahera, E. (2004) Serie Políticas Sociales - Política y Políticas Públicas. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6085/S047600_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Landini, F. (2014). Accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales de tres localidades del norte argentino. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Vk5hLg7v6KMWzZbx9Hc8XFD/?format=pdf&lang=es>

Luna, F. (2008). Vulnerabilidad. La metáfora de las capas. Disponible en: https://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/9572/mod_page/content/17/3.1.%20Luna%2C%20F.%20%282008%29%20Vulnerabilidad.%20La%20metafora%20de%20las%20capas.pdf

Mascheroni, P. (2016). Diagnóstico prospectivo en brechas de género y su impacto en el desarrollo. Mujeres rurales: Trabajo y acceso a recursos productivos. Disponible

en: https://www.opp.gub.uy/sites/default/files/inline-files/Genero_mujeresrurales.pdf

Ministerio de Salud Pública (MSP), (2005). La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009. Disponible en: https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_la_construccion.pdf

Ministerio de Salud Pública (MSP), (2014). Guías en Salud Sexual y Reproductiva - Manual para la Atención a la mujer en el proceso de

embarazo, parto y puerperio. Disponible

en:

<https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>

Ministerio de Salud Pública (MSP). (2014). Guías en salud sexual y reproductiva. Manual para la Atención a la Mujer en el proceso de Embarazo, Parto y Puerperio. Disponible

en:

<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guias-salud-sexual-reproductiva-manual-para-atencion-mujer-proceso>

Ministerio de Salud Pública (MSP) (2018). Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-sobre-practicas-actitudes-asistencia-del-embarazo>

Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), (2000). Disponible en: <https://www.paho.org/es>

Olivero, V. (2004). ¿Qué significa ser una mujer rural en el Uruguay del siglo XXI? Una visión desde la Sociología de Género. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/ispui/bitstream/20.500.12008/22390/6/TS_OliveroVanesa.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), (1978). Atención Primaria de Salud - Alma Ata. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=1F_929066A754C39E112B54DAEEFF25CA?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (OMS) (septiembre, 1978). Atención Primaria de Salud. Disponible

en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=1F_929066A754C39E112B54DAEEFF25CA?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (OMS) (noviembre, 1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Disponible

en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-promocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). La Atención Primaria de Salud - Más Necesaria que Nunca. Disponible en: https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU), (2010). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en:

https://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2010/MDG_report_2010_Es.pdf

Vitelli, R. (diciembre, 2003). La situación de las mujeres rurales en Uruguay. Disponible

en:

<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/291.pdf>

Vitelli, R. y Borrás. V. (2013). Desigualdades En El Medio Rural Uruguayo: Algunas Consideraciones Desde Una Perspectiva De Género. Disponible en: https://globaljournals.org/GJHSS_Volume13/4-Desigualdades-En-El-Medio-Rural-Uruguayo.pdf

Vignolo, J. Vacarezza, M. Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

APÉNDICES

APÉNDICE 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENTREVISTAS

Estimado/a: En el marco del trabajo final de grado para la obtención del título Obstetra Partera/o de la Escuela de Parteras de Facultad de Medicina de la Universidad de la República, nos encontramos realizando una investigación titulada: “Control obstétrico de mujeres rurales en la Red de Atención Primaria de Canelones”.

Las responsables de la investigación son las Brs. Belén de León, Agustina Farias y Agustina Mussio, con la tutoría de la Profesora Agda. Mag. Claudia Morosi y la co-tutoría de la Asistente Obstetra-Partera Carina Da Costa.

El objetivo general de la investigación es:

- Identificar los factores que inciden en la utilización de los servicios de salud vinculados a los controles obstétricos de mujeres que controlan sus embarazos en policlínicas rurales de la RAP Canelones.

Los objetivos específicos son:

- . Realizar caracterización de policlínicas rurales de la RAP Canelones.
- . Determinar cómo influyen los factores socioeconómicos y culturales en la accesibilidad al sistema de Salud.
- . Establecer cómo influyen las barreras geográficas en la cantidad y calidad de los controles obstétricos.
- . Evaluar cómo influye la accesibilidad al servicio de salud en la captación oportuna del embarazo.

La investigación se llevará a cabo a través de un estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio. Donde se realiza como técnica de recolección de datos una entrevista semiestructurada a todas las mujeres gestantes, que controlan su embarazo en las policlínicas rurales de la RAP Canelones.

También se entrevistará a informantes calificados de las policlínicas, siendo estos los que conforman el equipo de salud.

La información se maneja de forma confidencial, siendo de uso exclusivo de las responsables de la investigación, quienes garantizarán la confidencialidad y el anonimato de los participantes durante todo el proceso.

Cabe aclarar que la participación en este estudio es voluntaria y no implica ningún daño o riesgo personal (no afectando la calidad de asistencia, en los casos que corresponda).

El tiempo dedicado por cada participante será de 30 minutos en total.

Su participación en esta entrevista, no constituye objeto de remuneración o compensación material o de cualquier otro tipo. Así, los beneficios de la misma se encuentran vinculados a los aportes que esta investigación pueda realizar en torno a la temática central que aborda.

Como participante, tiene derecho a acceder a los resultados que se obtengan en el presente estudio.

Por último, mencionar que la contribución de los participantes es muy valiosa, y se les recuerda que pueden rechazar la respuesta a cualquier pregunta y tienen derecho de desistir de participar en cualquier momento del proceso, opción que no involucra ningún tipo de consecuencia para quien la tome.

Por cualquier consulta o duda pueden comunicarse en cualquier momento del proceso con: María Belén de León Peña. Cel: 091215513. Moira Agustina Farias Roman. Celular: 098375743. Agustina Yara Mussio González. Celular: 094101434.

O a través del correo electrónico: trabajofinalaba@gmail.com.

Firma investigadoras responsables:

Aclaración de firma:

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

En el presente documento, manifiesto que leí y/o escuché la información que se me ha brindado sobre la investigación: "Control obstétrico de mujeres rurales en la Red de Atención Primaria de Canelones".

Se me ha concedido la posibilidad de plantear dudas y preguntas, ante lo cual considero satisfactorias las respuestas recibidas.

Acepto voluntariamente participar en la mencionada investigación.

Firma:

Aclaración:

Fecha:

APÉNDICE 2. PAUTAS DE ENTREVISTAS A MUJERES RURALES

Nro. de control:

Edad:

Semanas de gestación:

Policlínica a la que concurre:

1- ¿A qué distancia vive de la policlínica?

2- ¿Con qué medios cuenta para trasladarse hasta la policlínica?

3- ¿A qué semana concurre a su primer control de embarazo? Si no concurre antes de las 12 semanas de gestación, ¿cuál fue el motivo?

4- ¿Pudo concurrir a todas las consultas? Si la respuesta es negativa, ¿por qué motivo no ha podido concurrir?

5- ¿Se le han realizado todos los análisis y ecografías solicitadas? En caso de ser negativo, ¿por qué motivo no se los pudo realizar?

6- ¿Los análisis y ecografías se los ha realizado en la policlínica de referencia o se la deriva a otro centro asistencial?

7- En la zona que usted vive, ¿hay locomoción pública? En caso de responder afirmativamente, ¿especificar días, horarios y accesibilidad?

8- ¿Considera que el trayecto que recorre para llegar a la policlínica se encuentra en buenas condiciones? ¿Hay algún sector en particular que se inunde y le impida el acceso cuando llueve?

9- ¿Se encuentra trabajando actualmente (remunerado o no remunerado)? Si la respuesta es positiva, en su trabajo, ¿le facilitan horas libres para concurrir a los controles y realizar los estudios solicitados?

10- ¿Usted cree que culturalmente existen barreras que impiden el correcto control de su embarazo? En caso de responder afirmativamente, ¿cuál/es son esas barreras?

APÉNDICE 3. PAUTA DE ENTREVISTAS A PROFESIONALES CALIFICADOS

Nro. de control:

Policlínica en la que trabaja:

Profesión:

1- ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la policlínica?

2- ¿Podría informarnos la cantidad de gestantes que controlan sus embarazos en la policlínica de manera mensual?

3- ¿Usted considera que los controles que realizan las gestantes en la policlínica son completos, en cuanto a la cantidad y la calidad?

4- ¿Los embarazos son de captación precoz? En caso de responder negativamente, exponga el motivo.

5- El centro, ¿cuenta con todos los recursos materiales, humanos e infraestructuras para el correcto control de embarazo?

6- ¿Desde el centro de salud se identifica si las usuarias cuentan con las necesidades básicas satisfechas?

7- ¿Cree que las creencias culturales influyen en la calidad del control obstétrico de las mujeres rurales que concurren al centro de salud? En caso de responder afirmativamente, ¿qué tipo de creencias culturales?

8- ¿Se identifica desde la policlínica que la accesibilidad geográfica sea una barrera para la concurrencia a esta? Si responde afirmativamente, ¿a qué barreras geográficas hace referencia?

PÁGINA DE APROBACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba el Trabajo Final de Grado:

Título

Control obstétrico en mujeres rurales en la UDA Canelones al Este

Modalidad: Monografía

Protocolo de Investigación X

Autoras

María Belén de León, Moira Farías, Agostina Mussio

Tutora

Prof. Agda. Mag. Claudia Morosi

Co Tutora

Asist.Obst.Part. Carina Da Costa

Carrera

Obstetra Partera/o

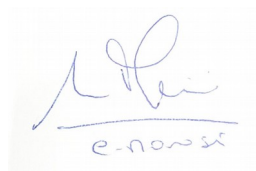
Calificación

NOTA 11

Tribunal



Prof. Adj. Obst.Part. Andrea Akar



Prof. Agda. Mag. Claudia Morosi



Asist.Obst.Part.Leticia Quay



Asist.Obst.Part. Carina Da Costa

Fecha

01/08/2022