



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Universidad de la República
Facultad de Psicología
Trabajo Final de Grado
Pre- proyecto de investigación

*Percepciones de los profesionales de la salud
sobre Violencia Obstétrica*

Estudiante: Noelia Olivera

C.I.: 4.499.560-3

Docente tutora: Asist. Mag. Carolina Farías

Montevideo, Uruguay

Mayo, 2016

Contenido

Resumen	2
Fundamentación y Antecedentes	3
Referentes teóricos.....	8
Derechos sexuales y reproductivos.....	8
Poder Médico.....	10
Problema y preguntas de investigación.	13
Objetivos.....	14
Estrategia metodológica	15
Consideraciones éticas.....	16
Resultados esperados	16
Cronograma de ejecución	17
Bibliografía.....	18

Resumen

En este pre- proyecto de investigación se procura acercar un tema de gran interés para nuestra sociedad y nuestra disciplina y que se encuentra dentro de la agenda de Derechos Sexuales y Reproductivos, como lo es la violencia obstétrica. Para poder entender la misma, es necesario visualizarla desde un enfoque de género y desde una perspectiva de derecho (Castro, 2010).

Este estudio permitirá pensar a la violencia obstétrica, desde el conocimiento de las prácticas profesionales realizadas durante la atención al parto, replanteando el lugar de subordinación que se da en las mujeres, en palabras de Villegas (2009) y el lugar del médico, como el saber absoluto propio del poder médico (Castro, 2010).

Pues, se entiende por violencia obstétrica en palabras de Medina (2009) *“toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud (...) expresada en un trato deshumanizado (...)”*

Se utilizara la metodología cualitativa de tipo exploratorio- descriptivo, específicamente la técnica entrevista en profundidad de tipo semi- estructurada donde se buscará conocer la percepción que poseen específicamente los profesionales de la salud sobre ésta temática.

Se pretende así, visualizar a la violencia obstétrica desde otro ángulo que no sea el de las usuarias, pues poner el foco de dicho tema dentro del campo médico permitirá replantearlo y pensarlo como algo integral, que afecta a todo el sistema de salud en general, generando concientización para un posible cambio en la relación médico y usuaria, e ir trazando un camino hacia la atención humanizada del parto.

Palabras claves: Violencia obstétrica – profesionales de la salud – derechos reproductivos

Fundamentación y Antecedentes

En el presente pre-proyecto de investigación se pretende indagar acerca de las opiniones y/o percepciones que poseen los profesionales de la salud acerca de la violencia obstétrica.

Para esto es importa entonces, visualizar que implica esta “problemática”. En primer lugar, tomamos como punto de partida a la violencia obstétrica como otro tipo de violencia de género, donde se ven interferidos los derechos humanos, específicamente los derechos de salud sexual y reproductiva (Magnone, 2014).

López Gómez, Abracinskas, Furtado (2009, citado por López, 2013) plantean que dichas políticas comenzaron a gestarse en Uruguay hacia 1996. En donde desde el 2008 se cuenta con la ley 18.426 de Defensa a la Salud Sexual y Reproductiva (MSP, 2014).

Estos derechos sexuales y reproductivos adquirieron reconocimiento, luego de las conferencias de las Naciones Unidas, específicamente en la Conferencia realizada en El Cairo en 1994, Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (López, 2013).

Alejandra López (2013) plantea que:

Estos derechos refieren al poder de cada persona para tomar decisiones informadas y autónomas sobre su sexualidad y vida reproductiva, así como a disponer de los recursos (materiales, subjetivos y simbólicos) para poder llevar a la práctica esas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminaciones. (p. 26)

En esta investigación tomaremos el concepto de Violencia Obstétrica utilizado por Medina (2009) en donde entiende,

Por violencia obstétrica toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. (p.3)

Roberto Castro y Joaquina Erviti (2014), en su artículo “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México” plantean que para poder entender el concepto de violencia obstétrica como objeto a ser estudiado, debe visualizarse desde un enfoque de género y desde una perspectiva de derecho, teniendo en cuenta así los términos de habitus profesional y campo médico. Para poder demostrar que la violación a los derechos reproductivos de las mujeres es como consecuencia del poder y el campo médico.

Por otro lado la Academia Nacional de Medicina de Costa Rica (2015), en su artículo Posición de la Academia Nacional de Medicina sobre el tema de violencia obstétrica, plantea que:

La violencia obstétrica involucra cualquier acción que interfiera negativamente en el proceso reproductivo natural y biológico, expresada en un trato deshumanizado por parte de los profesionales de la salud y otros grupos de apoyo. Puede ser de carácter físico o psicológico. (p.143)

Es necesario entonces en este pre- proyecto tomar en cuenta, la visión y los conceptos que se manejan acerca de la violencia obstétrica en relación a los derechos humanos en el ámbito de la medicina. Con la cita planteada anteriormente, se intenta acercar al lector a lo que de alguna manera será nuestro objetivo de estudio, la percepción de los profesionales de la salud sobre dicha violencia.

Al mismo tiempo que nuestra mirada se encuentra puesta en las opiniones de los profesionales relacionados de manera cercana a la atención al parto, parece prudente también pensar a la institución como el lugar en donde suceden la mayor cantidad de partos, y el cual enmarca diversos roles (de desigualdad) en la dicotomía médico- paciente. Roles que a su vez generan diferencias y que conllevan a este tipo de violencia (Castro, 2010).

Roberto Castro (2010) plantea que si bien las acciones legales son de gran importancia para hacer visible este tipo de violación a los derechos humanos y sirve para poder alcanzar una “equidad de género”, no logra por si misma combatir estos hechos.

En este sentido esboza:

Es necesario explorar qué esquemas de percepción y apreciación ponen en juego los prestadores de servicios de salud en cada encuentro con las usuarias y con los diferentes actores sociales de la red institucional de servicios o campo médico (...) qué patrones de interacción, y qué estrategias de comunicación y sometimiento se activan en ese nivel micro de la realidad; que lógicas- prácticas funcionan en la cotidianidad de los servicios que, al mismo tiempo que pueden pasar casi inadvertidas (debido a su carácter rutinario), juegan un papel central en la generación de las condiciones de posibilidad que desembocan en se fenómeno social que llamamos violación de derechos reproductivos en el espacio de los servicios de salud. (Castro, 2010: 61)

En cuanto a la asistencia al parto en Uruguay Natalia Magnone (2014) en la Ponencia presentada en el marco de las Jornadas Feministas nos habla de las iniciativas que se han ido desarrollando de manera satisfactoria en relación a una atención humanizada, por ejemplo en el Hospital de Rocha con el financiamiento donado por la Central Sanitaria de Suiza, en donde se propone crear una obra y capacitaciones para el personal de la salud, apuntando así a una maternidad de parto humanizada. Aporta también que cada vez es más común escuchar relatos en donde las mujeres comienzan hacer más escuchadas y respetadas dentro de la

institución. A la vez Magnone (2014) nos habla de que “Aún así, persiste un modelo intervencionista y tecnocrático de atención al parto” (s.p).

En cuanto a la revisión de los antecedentes de nuestro tema, las percepciones que hacen los profesionales de la salud en relación a la atención al parto y violencia obstétrica, se puede vislumbrar que si bien existen algunas investigación acerca del mismo, estas parecen ser escasas en nuestro país, aunque a nivel latinoamericano el tema parece tratado con mas constancia e importancia.

En una investigación desarrollada en Venezuela sobre “Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica” (Camacaro, Ramírez, Lanza & Herrera, 2015), toman una población de 800 mujeres y una muestra de 160 elegidas estas de forma intencional en una sala de hospitalización del servicio de obstetricia del Hospital Central de Maracay, las cuales fueron atendidas en trabajo de parto en la emergencia. Utilizando un cuestionario de 13 preguntas con respuestas de opciones cerradas, y teniendo en cuenta como parámetros los artículos 15 y 51 de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. (p. 116)

En donde se dio como resultado que,

Se evidencia que al 80% de las embarazadas se lo suministraron oxitócina, lo que pone a dichas embarazadas en una situación de riesgo a desarrollar complicaciones por el uso del mismo, ya que la aplicación de dicho medicamento debe ser realizada en condiciones estrictamente necesarias (...) También evidencia que al 88,3% de las mujeres a quienes les aplicaron oxitócicos, no se les solicitó consentimiento informado para la aplicación de los mismos, violando así su derecho a estar informadas sobre los procedimientos que están siendo aplicados a su cuerpo. Estos datos demuestran que no se cumple con lo establecido en la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en su artículo 51, numeral 4, el cual contempla que alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer constituye violencia obstétrica. (Camacaro, Ramírez, Lanza & Herrera, 2015: 17)

Por otro lado, se pone en evidencia el alto porcentaje de la realización de la episiotomía, en donde el 75% de las mujeres con partos por vía vaginal se les llevo a cabo dicha rutina. Porcentaje alarmante, en donde se demuestra con la realización de episiotomías de manera indiscriminada, se comete un acto de violencia obstétrica según el artículo 15 de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. (p.118)

Encontramos como en contrapartida a la anterior investigación un estudio realizado también en Venezuela, acerca del “Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud”, dicho estudio se llevo a cabo por especialistas en Obstetricia y Ginecología y por el Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital “Dr. José Gregorio Hernández”, caracas (Faneite, Feo & Toro Merlo, 2012).

El mismo dio lugar en diferentes centros hospitalarios, realizándoles una encuesta a 500 personas pertenecientes a un equipo de salud que trabaja en el área de obstetricias de dichos centros. De esta investigación surge que el 87% de los encuestados si conocen la existencia de la ley que protege a la mujer de cualquier tipo de violencia, un 89, 2% conoce el concepto de violencia obstétrica, y de estos un 82, 4% señalan que viene de cualquier profesional de la salud, 63, 6% ha presenciado maltrato hacia una embarazada, y de estos un 42,8% plantean que se da desde el médico y un 42,5% por las enfermeras. (p. 4)

Por otra parte Villegas (2009) plantea en su artículo La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico que:

En la atención al parto se puede reconocer la mejor expresión de esta subordinación. Este proceso natural de la vida, convertido en procedimiento medico, la mujer es despojada de su identidad, dosificada y fragmentada en su integridad dejando de ser sujeta de derechos para convertirse en una especie de gran útero, cobijo de un “producto fetal”. (p.132)

En relación a la violencia institucional Magnone (2010) en su tesis de Maestría “Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización” plantea que *“La violencia institucional se hace presente cuando las mujeres preguntan ‘demasiado’ sobre el proceso de su parto, o plantean alternativas al modo hegemónico de atención; cuando esto sucede es frecuentemente desvalorizada y no tenida en cuenta en sus necesidades”*. (p.98)

Toma un fragmento de una de las parteras entrevistadas para ejemplificar:

“Si hay alguna mujer que tiene opinión, que sabe lo que quiere o empieza a opinar es muy cuestionada como que es muy quejosa, como que pregunta demasiado, no es valorada en la preocupación por su salud y la de su hijo, y en general es tomada por una persona molesta” (E.13, partera, citado por Magnone, 2010: 98)

Por otro lado, en relación a las prácticas que se realizan durante el parto muchas veces de maneras innecesarias se puede vislumbrar la siguiente información en la investigación de Magnone (2010):

Varias entrevistas destacan que en el Pereira Rossell a veces se prioriza las necesidades de aprender de los estudiantes de ginecología en detrimento de la calidad de atención de las

mujeres. Además de los numerosos tactos, existe la práctica de cesáreas, fórceps e inducciones solo para aprender (p. 95).

Es así que en el estudio realizado por Camacaro (2009) realizado en Venezuela “Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...Improntas de la praxis obstétrica” nos lleva a pensar la medicalización y la patologización como lugar de confort para el médico, pues lo deja en una ubicación segura y de tranquilidad, “resguardándose la espalda” frente a cualquier situación de emergencia, sin importar la salud reproductiva y psicológica de la mujer.

En tanto esta manera de visualizar el embarazo y el nacimiento, genera un sentido de práctica y conductas que se “naturalizan” entre los profesionales de la salud reproduciéndola, *“despojando a las mujeres de su papel activo en tanto que ellos/ellas saben y controlan el proceso de embarazo, parto, y puerperio, quedando el papel de la mujer reducido al de paciente”* (Camacaro, 2009: 151).

Referentes teóricos

Derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos comienzan a ser un área de interés en el terreno de los derechos humanos a mediados del siglo XX (López, 2013). Dichos derechos surgen como consecuencia del trabajo de los movimientos sociales quienes logran posteriormente que sean puestos en la esfera pública y política.

El término derecho reproductivo, fue un término tratado hacia los años ochenta. Es así, que asuntos vinculados al cuerpo, a la salud y a la autodeterminación reproductiva de la mujer comienzan a ser parte del área de los derechos humanos (López, 2013) buscando poner este tema a un nivel político en un determinado marco socio- histórico.

Por otro lado, surge así consecuentemente el termino derecho sexual, como forma estratégica política y como una construcción teórica que permita distinguir sexualidad de reproducción, términos diferentes pero que se encuentran íntimamente conectadas y que permitirán desconstruir la “visión hegemónica heteronormativa de la sexualidad en occidente” en palabras de Alejandra López (2013).

Deviene entonces que los “derechos sexuales y reproductivos” acontecen desde una demanda por la autonomía y las libertades individuales, buscando garantizar la libertad de decidir sobre lo que ocurre en “mi cuerpo” al decir de Magnone (2014), tratando de que tanto la sexualidad como la maternidad no sean exigencias provenientes de la sociedad.

Castro (2010), en relación a lo planteado anteriormente, incorpora el concepto de ciudadanía como noción que permite realizar un estudio más sociológico acerca de los derechos en salud. Una investigación sociológica en relación a dichos derechos, permite entonces ver a las usuarias como ciudadanas y no en tanto como “pacientes” es decir, desde una perspectiva médica, que al ubicarlas en este lugar, pone a las mujeres un lugar de baja jerarquía dentro del sistema, debido a que reciben de manera “pasiva” lo que las instituciones de salud le brindan.

Hindes (2002, citado por Castro, 2010) nos dice que:

Este concepto [ciudadanía] se refiere a la condición de los individuos que, en razón de su pertenencia a una comunidad política determinada, poseen ciertos derechos que deben y/o pueden ejercer, y ciertas obligaciones que deben cumplir, con la finalidad de garantizar la plena realización de sus capacidades individuales y las de la comunidad a la que pertenecen. (p. 54)

Por otra parte Castro (2010) nos habla de la importancia de la noción de ciudadanía tanto para los profesionales de la salud como para los usuarios.

En relación a la normatividad Castro (2010) refiere a la misma:

Ciudadanía se refiere a la capacidad de ejercer los derechos que garantizan a cada individuo el orden normativo vigente. En el caso de los prestadores de servicios de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc.), los derechos y las condiciones laborales constituyen un punto medular de su práctica. En el caso de las usuarias, la ciudadanía reproductiva se refiere a la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. (p.55)

Es así, que visualizar los derechos sexuales y reproductivos desde la noción de ciudadanía, nos permitirá analizar las diversas opiniones que tienen los profesionales de salud en relación a la violencia obstétrica, pues entendemos que dichas opiniones se encuentran determinadas por lo social y cultural, y enmarcadas dentro de la atención institucional.

En Uruguay se cuenta con una Guía en salud sexual y reproductiva, la misma plantea un Manual para la Atención a la Mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio (MSP, 2014). El actual sistema de salud tiene como prioridad la prevención y la atención primaria de salud, es así que en relación a nuestro tema y como citamos en paginas anteriores, encontramos la Ley N° 18.426 denominada como Ley de Defensa de Derecho de la salud sexual y Reproductiva, en donde se plantea a el Estado como garante de dichos derechos de toda la población, siendo el mismo el que diseñe programas y promueve políticas en relación a los derechos sexuales y reproductivos (MSP, 2014).

Es en el artículo 6 de la presente Ley que se plantea *“las creación de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos”* (MSP, 2014: 17)

En el articulo 3 inciso C de la misma Ley, se incorpora *“Promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificadas”* (Uruguay, Poder Legislativo, 2009). Si bien este artículo **promueve** el parto humanizado y demás, tan solo se tiene como objeto promover y no exigir.

Poder Médico

Es entre 1900 y 1930 donde Uruguay comienza a ser una sociedad medicalizada. Medicalización que surgió en tres niveles, el nivel de atención, el nivel de la conversión de la salud en uno de los valores supremos de la sociedad; y el nivel de la asunción por la sociedad de conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes, derivados directamente de la propagación del saber médico (Barrán, 1993).

Participa así el Estado como principal garante de la salud, y sobre todo como apoyo permanente a esta nueva clase de “poder” “la clase médica”, pues en palabras de Barrán (1993)

Representaba a la cultura científica ante la “ignorancia” popular, porque su poder era a menudo un agente eficaz del gobierno central en el interior, y porque ambos, saber y poder, tenían una función disciplinante clave en la construcción del hombre que el orden establecido requería. (p. 173)

Ubicándose entonces a la “clase médica” en un lugar de monopolio del curar (defendido por el Estado ante los curanderos y parteras) y sobre todo de poder, pues el poder médico fue uno de los principales en surgir, que nació del saber y de la ciencia como forma cultural de asumir la verdad (Barran, 1993).

El Estado no solo apoyaría a esta clase médica como monopolio de la cura, sino que también como monopolio de medicar (Barran, 1993) siendo así que el 8 de junio de 1926, el Ministro de Industrias decidió

Poner el control de los avisos de venta de medicamentos en manos exclusivas del Consejo Nacional de Higiene. Ninguna especialidad podría ser importada ni puesta en venta sin su previa autorización y la redacción de avisos y prospectos de especialidades debería también pasar por su control. (p. 187)

Herrera (2003, en Castro & López, 2010) nos habla de este “monopolio y poder” anteriormente nombrado, en términos actuales como la Autoridad de la Ciencia, planteando que el saber le confiere al médico una imagen ideal ante la sociedad, es así que nos dice:

La autoridad de “la ciencia” les confiere a los médicos también una noción de “alcurnia” social que deben mantener, con el cultivo constante de una imagen de respetabilidad y virtud personal. (...) El saber y la autoridad que confiere la “ciencia” fueron invocados, tanto para justificar la atribución de “patologías” a quienes viven en situaciones de violencia, como para

establecer distancias sociales entre ellos. De este modo el orden “biológico” fue evocado tanto para deslindarse del problema en el orden medico como para hacer cargo de él.” (p.85)

Lo anterior describe brevemente a lo que Menéndez (1988) refiere con el Modelo Médico Hegemónico, entendiendo al mismo como,

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. (p.1)

El Modelo Médico Hegemónico (MMH) cumple con funciones en donde el autor las agrupa en A) funciones curativas, preventivas y de mantenimiento; B) funciones de control, normalización, medicalización y legitimación y C) en donde se incluye la función económica- ocupacional (Menéndez, 1988).

Las actividades B y C se desarrollan por medio de las actividades curativas y preventivas [A] logrando que las practicas y el saber medico sea reproducido de manera natural e ideológico, debido a que no aparece de manera manifiesta las funciones de control o normalización, sino bajo actos de técnicos curativos (Menéndez, 1988).

Es en el campo de la atención a la salud, que podemos pensar las prácticas profesionales, en relación a la violencia obstétrica, y reflexionar acerca de los discursos médicos que podemos encontrar en correlación a la misma (Castro, 2010).

Se toma como concepto principal de violencia obstétrica el utilizado por Medina (2009) citado en la página número 4 del presente trabajo.

En relación a la práctica profesional y el concepto de violencia obstétrica, Schraiber (en Castro & López, 2010) nos habla de cómo los médicos a través de sus acciones se “deslizan” en términos de López y Carril (2009), de un accionar técnico-científico hacia una acción personal-moral lo que puede resultar en violencia obstétrica, pues tomando a la embarazada como un cuerpo en “riesgo” y al parto como una patología, y en el afán de controlar a las mujeres embarazadas para que “colaboren” durante el trabajo de parto, es que se termina justificando acciones violentas (Castro, 2010).

Por otro lado, Magnone (2010) plantea en su tesis de Maestría como es hoy la intervención obstétrica, nos habla de que se ha evolucionado hacia una nueva forma de atención al parto y

nacimiento, en donde ya no se tiene en cuenta la necesidades de cada mujer, sino que debe de garantizar el protocolo de atención en donde se asegura un “nivel adecuado” de morbimortalidad y consecuentemente se asegura la practica profesional.

La autora plantea que aun así habiendo establecido la OMS (2001) algunas intervenciones durante el embarazo como innecesarias e ineficaces y hasta perjudicial para la mujer y el bebe, estas se siguen llevando a cabo (Magnone, 2010). Estas prácticas son: restricción de la posición materna durante el trabajo de parto, episiotomía rutinaria, inducción de parto antes de las 42 semanas, cesarías en forma de rutina por haber tenido una cesárea anterior, entre otras plantea la OMS (2001, citado por Magnone, 2010).

Siguiendo a los párrafos anteriores Herrera (2003, citado en Castro & López, 2010) nos habla de que *“la imposibilidad de estas mujeres de volverse sujetos libres, autónomos y razonables parece condenarlas, dentro del orden médico, a una condición permanente de “enfermedad” (p.79)*

Es así que este poder al cual se viene refiriendo a lo largo del trabajo, es en palabra de Magnone (2010) un poder simbólico que se encuentra dentro del campo medico y que *“hace que tanto dominantes como dominados compartan la creencia de que en el marco de una buena atención es necesario entregarse a los mandatos médicos sin cuestionar al detentor de ese saber específico” (p. 100)*

Problema y preguntas de investigación.

Incluir la temática que nos concierne dentro de la agenda de los Derechos Sexuales y Reproductivos, permitirá tomar conocimiento acerca de los actores que participan, en este caso, los profesionales de la salud en las maternidades.

Es menester entonces, indagar acerca de las percepciones que tienen los profesionales de la salud acerca de la violencia obstétrica, pues conocer sus opiniones acerca de esta temática, permitirá estudiar este tipo de violencia desde otro ángulo y no solo desde el lugar de las usuarias, abriendo nuevos temas de debates para problematizar y reflexionar acerca de este tipo de violencia, que se encuentra de alguna manera invisible en nuestra sociedad.

Pregunta principal

¿Qué percepción tienen los profesionales de la salud (gineco obstetras, enfermeras y parteras) tanto del sector público como privado en Montevideo, acerca de la violencia obstétrica?

Preguntas subsidiarias

¿Desde su práctica profesional como actores del sector salud, cuál es su percepción personal sobre la violencia obstétrica?

¿Qué prácticas realizan durante el parto y si la creen necesarias o no, porque?

¿Qué opiniones tienen sobre nuestro sistema de salud en nuestro país y como esto puede influir en la temática que nos convoca?

¿Consideran al parto humanizado o los modelos alternativos al modelo tradicional como una posible respuesta a la mejora de la atención en las maternidades?

Objetivos

Objetivo general

Indagar las percepciones de los profesionales de la salud que intervienen en el proceso de embarazo y nacimiento en relación a la violencia obstétrica

Objetivos específicos

Indagar las nociones que sobre la violencia obstétrica tienen los profesionales de la salud.

Investigar acerca de las prácticas que se realizan durante el periodo de parto y que opinan acerca de éstas en relación a la violencia obstétrica.

Conocer sus opiniones en relación a la influencia del sistema de salud de nuestro país en este tema.

Explorar acerca de las opiniones sobre la humanización del parto, como estrategia de mejora de la calidad de la atención.

Estrategia metodológica

En el presente trabajo de investigación y teniendo en cuenta los objetivos planteados, se decide utilizar la metodología cualitativa de tipo exploratorio- descriptivo, en palabras de Taylor y Bogdan (1984) es, “(...) *la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable*” (p. 20).

En palabras de López (2006) los estudios cualitativos:

Dan cuenta de procesos y relaciones sociales; permiten aproximarse a la comprensión del universo de significados que determinados acontecimientos tienen o generan en las personas; contribuyen a la reconstrucción del contexto social histórico y cultural donde adquieran sentido los datos. (p.15).

Como método de investigación se optó por utilizar la entrevista en profundidad, en palabras de Alonso (1994, citado por Valles, 2000)

La entrevista en profundidad es... un constructo comunicativo y no un simple registro de discursos que ‘hablan al sujeto’. Los discursos no son así preexistentes de una manera absoluta a la operación de toma que sería la entrevista, sino que constituyen un marco social de la situación de la entrevista. (p.195)

Debido a al alcance de la investigación se optó como técnica para recolectar datos, la entrevista semi- estructurada, pues ésta si bien esta guiada por un conjunto de preguntas y enfocadas a explorar determinadas cuestiones, no hay una predeterminación ni de las preguntas ni de la redacción de la misma (Valles, 2000).

Debido a que el estudio refiere a las percepciones que tienen los profesionales de salud sobre violencia obstétrica, se utilizara un muestreo intencional teórico no probabilístico. Se prevé la realización de 25 entrevistas teniendo en cuenta la saturación de la información. La muestra incluirá a médicos gineco obstétricas, enfermeras y parteras que intervengan en el proceso de embarazo y nacimiento en la ciudad de Montevideo que pertenezcan al sector público y privado de salud.

Para realizar la captación de los entrevistados, se llevara a una convocatoria preliminar a través de las asociaciones gremiales y profesionales de los técnicos objetos de nuestro estudio y posteriormente se continuara con la técnica “bola de nieve” que consta en “conocer algunos informantes y lograr que ellos nos presenten a otros” (Taylor y Bogdan, 1984: 109).

Consideraciones éticas

El estudio se realizará teniendo en cuenta los Aspectos éticos de la investigación con seres humanos, dispuestos en el Decreto N° 379/008 del MSP promulgado en el año 2008.

En el área de la psicología en Uruguay, según el Código de Ética del Psicólogo, en el “Artículo 65º” se especifica que el profesional debe dar a conocer a las personas e instituciones que el material recolectado será parte de una investigación.

Se garantizará a cada participante en la confidencialidad de sus datos personales y de la información que se brinde. Se le informará acerca del proyecto, en cuanto a sus objetivos, fundamentos y beneficios que se pretenden. Desde la creación del Código de Núremberg en el año 1947, se plantea la necesidad del “consentimiento voluntario” de las personas que participarán de la investigación, la cual se realizará con total libertad y con la suficiente información respecto a dicha investigación (Vidal, s/f). En este sentido se le brindara una hoja informativa con los datos de la investigación y se requerirá su consentimiento explícito a participar en el estudio.

La confidencialidad de los datos ofrecidos así como el resguardo de la identidad, se realizara a través de la codificación de las entrevistas, no aportando datos que puedan ser identificatorios en ningún reporte.

Resultados esperados

Debido a que el tema que convoca esta investigación es de gran interés dentro la agenda de los derechos sexuales y reproductivos, y a la escasa información que existe en nuestro país sobre el problema de investigación planteado se espera, determinar qué factores hacen a la opinión que tienen los profesionales de salud sobre violencia obstétrica.

A partir de nuestras preguntas de investigación se pretende conocer la “otra mirada” de la violencia obstétrica, poniendo hincapié en los trabajadores de la salud, para poder trabajar en los resultados y generar una concientización a nivel de la atención profesional e institucional.

Acercarnos a ellos aportará conocimientos acerca de las prácticas que se dan desde el sector de salud a la hora de la atención al nacimiento y generará insumos para la agenda de los derechos sexuales y reproductivos, así como pensar en políticas públicas que permitan una mejora de la calidad de atención en las maternidades de nuestro país.

Cronograma de ejecución

Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
<i>Revisión bibliográfica</i>												
<i>Elaboración de las pautas de entrevistas y consentimiento informado</i>												
<i>Captación de los entrevistados</i>												
<i>Entrevistas y desgravación</i>												
<i>Análisis de los resultados</i>												
<i>Elaboración del informe final</i>												

Bibliografía

- Barrán, J.P. (1993). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar*. Montevideo, Uruguay. Ediciones de la Banda Oriental
- Camacaro, M. (enero-junio, 2009). *Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica*. Revista venezolana de estudios de la mujer, 14(32), 147-162. Recuperado de <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvem/v14n32/art11.pdf>
- Camacaro, M., Ramírez, M., Lanza, L. & Herrera, M. (enero- marzo, 2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. Utopía y Praxis Latinoamericana, 20 (68), 113- 120. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/279/27937090009.pdf>
- Castro, R. & Erviti, J. (2014). *25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México*. CONAMED, 19 (1), 37-42. Recuperado de <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/24/22>
- Castro, R. & López, A. (Ed.). (2010). "Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo medico y los derechos en salud reproductiva en México". *PODER MÉDICO Y CIUDADANÍA: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: Facultad de Psicología
- Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. (2015). *Acta Médica Costarricense*, 57 (3), 143-144. Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v57n3/art08v57n3.pdf>.
- Coordinadora de psicólogos del Uruguay. Código de Ética Profesional del Psicólogo/a Uruguay. Sociedad de psicología del Uruguay, Facultad de Psicología (UDELAR). Recuperado de: <http://www.psicologos.org.uy/codigo.html>
- Faneite, J., Feo, A., & Toro Merlo, J. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 72(1), 4-12.

López, A. (coord.).(2006).Proyecto: género y generaciones. Estudio sobre la reproducción biológica y social de la población Uruguaya. Fase cualitativa. Tomo I. Montevideo: Trilce.

López, A. (2013) Conferencia inaugural actividades académicas 2013. Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología en Uruguay. Conferencia llevado a cabo en Facultad de Psicología, Montevideo, Uruguay.

Magnone, N. (2010). Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de la Humanización. Tesis de la Maestría en Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

Magnone, N. (2014). El derecho a elegir dónde, cómo y con quién parir vs las políticas de salud: consecuencias sobre las mujeres que paren del proceso de regionalización de las maternidades. Ponencia presentada en el marco de las Jornadas Feministas. Udelar. Recuperado de <http://www.cotidianomujer.org.uy/sitio/pdf/debatefeminista/N%20Magnone%20-%20DebateFeminista2014.pdf>

Medina, G. (2009). Violencia Obstétrica. Recuperado de: <http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica/>

Menéndez, E.L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención primaria. Ponencia llevada a cabo en las Segundas jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2014). Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Guías en salud sexual y reproductiva. Dirección General de la Salud División de Planificación Estratégica de Salud Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva Programa de Salud Integral de la Mujer. Recuperado de: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>

Uruguay, Poder Legislativo (2009). Ley N° 18.426, Defensa del Derecho de la Salud Sexual y Reproductiva. Publicada en el Diario oficial 10 de diciembre 2009. Recuperado de: http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley_No_18-426-DSSRR.pdf

Taylor, S.J. & Bogdan (1984). Introducción a los métodos cualitativos. Buenos Aires, Paidós.

Vidal, S. (s.f). Aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Programa de educación permanente en bioética. Ética de la investigación en seres humanos. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, UNESCO. Recuperado de: https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/aspectos_eticos_de_la_investigacion_en_serres_humanos1.pdf

Vallés, M. (2000). Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Editorial Síntesis

Villegas Poljak, A. (2009). La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. 14(32), 125-146. Recuperado de: www.scielo.org.ve/pdf/rvem/v14n32/art10.pdf