



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Las Representaciones Sociales Sobre La Violencia
Obstétrica En Médicos/as Obstetras

TESIS DE GRADO

ALUMNA: María Florencia Babiez

DIRECTORA: Lic. Paula Ulivarri

Salta 2019

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Rector: Ingeniero Rodolfo Gallo Cornejo

Vicerrectora Académica: Mg. Constanza Diedrich

Secretaria General: Lic. Silvia Álvarez

Decana de la Facultad de Artes y Ciencias: Lic. María Dolores Medina Bouquet

Secretaria Académica de la Facultad de Artes y Ciencias: Dra. Adriana Iburguren

Jefe de Dpto. de Psicología: Lic. Sonia Guijarro

DEDICATORIA

“Si pudiera alcanzar una estrella para ti,
te juro que las robaría todas las noches,
para cumplirte todos tus sueños.
Y cada sueño a través de tu vida.
Pero no es así como va la historia.
En el mundo abundan los planes perfectos,
si alguna promesa no cumplí,
sé que algún día lo comprenderás.
En tiempos difíciles, sé que fuerte serás.
En tu corazón yo estaré y adelante saldrás.
Como luz de luna en el agua.
Y en el cielo luz solar.”
(Michel Bolton, Never Say Goodbye)

Quiero decirte en palabras lo que muchas veces te digo al oído, así queda grabado:

Y es que ojalá que siempre vos y yo estemos juntas, aunque algún océano nos separe, aunque un gran amor te lleve a viajar. Aun si nos separan otros mundos.

Quiero que sepas que los logros en la vida muchas veces no son fáciles de expresar, y es preferible hacerlos en vos baja.

Que nada es inalcanzable y que solo hace falta de tu voluntad y perseverancia para llegar.

Que voy a seguir contándote cuentos para dormir, que hasta a mí me hacen soñar.

Que aun cuando seas grande, yo acá voy a estar, aunque simplemente quieras que te abrace y no desees hablar.

Que en cada rincón del mundo vas a encontrar la felicidad, porque solo depende de cómo la mires.

Que yo voy a enseñarte y acompañarte para que sea liviano el camino.

*Que quiero enseñarte a plantar tu camino y ser la arquitecta de tu propia vida.
Escucha, Mi princesa, que nunca nadie te diga que no, ni si quiera mis miedos
de verte volar.*

A vos que me hiciste crecer, que me enseñas. A vos que me miras y me esperas.

A vos que me acompañas y que cada vez que me sonreís me reinicias.

*A vos que me diste mi primer título “el de ser tu mama”. A vos que me enseñas a
ser bailarina, cantante, payaso y actriz.*

*A vos que cuando me veías sacar un libro traías otro de la pieza para sentarte a
la par.*

A vos.... Mira lo lejos que llegamos...

A vos... María Emmanuela TE AMO

AGRADECIMIENTOS

A mi hija por la paciencia y el amor, por cada abrazo al dormir y al despertar, a vos por esperarme. A vos por elegirme como mamá.

A los mejores padres del mundo, gracias por consentirme, por estar siempre en todo momento sin importar nada. Por cada palabra para no bajar los brazos. Por cada reto que me enseñaba. A vos papá por trabajar tanto para darnos lo mejor y consentirme en mis caprichos. A vos mamá por ser tan de fierro, por ser la mujer maravilla de mi historia, por cantar y bailar con mis hermanos y conmigo, por hacerme la casita de muñecas cuando éramos chicas, por estar en todo momento; porque como vos sos conmigo me enseñó a como ser la mamá de Emma. Por los abuelos que son, y por la infancia increíble que me dieron, GRACIAS.

Al hombre que todos los días se pone una mochila, pero él dice que es amor y responsabilidad. Al compañero que me enseña a amar, y que huye cuando me ve gritar. A vos que nos abriste los brazos cuando viste llegar a este par. A vos que me enseñaste que hay un solo tipo de amor y es del BUENO, ese que te lleva de la mano y te acompaña en el camino. De ese amor que da caricias positivas y te impulsa a llegar a más. ¡Gracias Amor!

A los mejores hermanos. Por siempre decirme que “ya no falta nada”. A ellos que están presentes en todo. Aguantando mis caprichos y mal humor, mis bromas pesadas, y lo renegona y testaruda que soy. Al mejor tío y las mejores tías. ¡Gracias!

A vos TATA por darme los mejores años de tu vida, por cuidarnos, por elegirnos. Por dejarme tantos recuerdos de infancia y las cosas que puedo contarle a Emmanuela. Al mejor y único abuelo.

A Paula por el acompañamiento durante todo este proceso de Tesis, que parecía inalcanzable.

¡Gracias!

INDICE GENERAL

RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	8
PALABRAS CLAVES	8
INTRODUCCIÓN	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
TEMA	11
OBJETIVOS	11
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
DEFICIENCIAS EN EL CONOCIMIENTO	12
JUSTIFICACIÓN	19
MARCO TEÓRICO.....	21
CAPÍTULO I.....	21
REPRESENTACIÓN SOCIAL	21
CAPÍTULO II	31
VIOLENCIA OBSTÉTRICA	31
CAPÍTULO III.....	42
SALUD PÚBLICA	42
ASPECTOS METODOLÓGICOS	48
TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	48
CONCEPTOS CENTRALES	48
DISEÑO	50
PARTICIPANTES	50
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
CONTEXTO Y PERIODO.....	53
MARCO INSTITUCIONAL	53

RESULTADOS.....	56
ANÁLISIS OBSERVACIONAL DE LOS DATOS	56
Dimensión: Aspecto Valorativo.....	59
Dimensión: Aspecto Cognitivo.....	63
Dimensión: Aspecto Figurativo.....	69
ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS DATOS	74
ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO DE LOS DATOS	123
DISCUSIÓN	133
CONCLUSION	136
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	139
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	140
ANEXO.....	146

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue poder conocer cuáles son las Representaciones Sociales sobre Violencia Obstétrica que poseen los/las médicos/as Obstetras del Hospital Público Materno Infantil de la Provincia de Salta. Para ello se tomó una entrevista semi dirigida a 20 médicos/as pertenecientes a dicho nosocomio, y que tuvieran una permanencia en el ejercicio de su profesión no menor a 5 años.

En esta investigación, se pudo observar que existe en los médicos/médicas del Hospital Público Materno Infantil, una notable inconformidad respecto a la postura que se toma por regla general a como se aborda la temática. Que aunque las leyes y protocolos están bien estipulados, en la práctica se hace un reduccionismo sobre el interés sobre de la paciente, sin tener en cuenta la posición del médico.

ABSTRACT:

The objective of this investigation was to be able to know what are the Social Representations on Obstetric Violence held by the Obstetricians of the Maternal and Child Public Hospital of the Province of Salta. For this, a semi-interview was conducted with 20 doctors belonging to the hospital, and who had a permanence in the exercise of their profession not less than 5 years.

In this investigation, it was observed that there is in the doctors / doctors of the Maternal and Child Public Hospital, a notable disagreement regarding the position taken as a general rule of how the subject is addressed. That although the laws and protocols are well stipulated, in practice a reductionism is made about the patient's interest, regardless of the doctor's position; who also often suffer violence from patients

PALABRAS CLAVES:

Representaciones Sociales - Violencia Obstétrica - Salud Pública

INTRODUCCIÓN

La siguiente investigación inició con el objetivo de poder identificar las representaciones sociales respecto de la violencia obstétrica que tienen los/las médicos/as obstetras del Hospital Público Materno Infantil, en el año 2019.

Durante la ejecución de este trabajo se pudo conocer que en dicho hospital, en cuanto a la atención de un parto, no solo es el/la médico/a obstetra quien actúa en esos momentos; más bien es un equipo compuesto de enfermeras/os, psicólogo/as, licenciadas/os en obstétricas, etc. Esto hace que cada uno de esos integrantes posea una representación social sobre la temática, y muy importante para comprender dicho fenómeno en su completud. Sin embargo, a razón de los límites presentes para la ejecución de esta investigación, debimos limitarnos a obtener las representaciones sociales de los/las médicos/as obstetras.

Sin importar la cultura, la condición social, la posición económica, etc., la sociedad centra su atención en todos aquellos fenómenos que pudieran perturbar o acabar con el bienestar; sobre todo en los últimos tiempos, hay una especial preocupación respecto a aquellas amenazas que estén íntimamente ligadas a actos de violencia ejercidos contra el género, es decir contra la mujer. Esta observación fue la impulsora del tema de esta investigación, centrándonos en un aspecto tan singular como es la violencia obstétrica, un tema álgido en la sociedad actual, puesto que la vulnerabilidad de una mujer embarazada, magnifica los sentimientos u opiniones de desagrado frente a estos hechos violentos.

La violencia obstétrica es entendida como: “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”. (Ley N° 26.485, 2009)

Cabe aclarar que este tipo de violencia puede ser sufrida durante el periodo de gestación, en el momento del parto, o bien posteriormente al nacimiento del bebé. Además se debe tener en cuenta que por el estado de vulnerabilidad (emocional y física) en el que se encuentra una mujer al momento de dar a luz, se suelen tomar por ellas decisiones en su nombre o, en la mayoría de los casos, se pasan por alto deseos o peticiones.

Es importante destacar que la temática aquí mencionada ha sido por mucho tiempo un tema no considerado o poco conocido (en cuanto a derecho se refiere), y por tanto si existían casos de violencia obstétrica, poco o nada se daban a conocer. En los últimos tiempos, es mucho más frecuente ver denuncias y noticias sobre casos de violencia obstétrica, tanto en diarios, televisión y radio; lo que hizo que el tema sea observado y debatido en la sociedad, y habilitó la conformación de grupos de apoyo y un observatorio de violencia obstétrica por parte el Estado. Sin embargo, a pesar de la notoriedad que va cobrando el tema, poco o nada se sabe del papel del/la médico/a, o mejor dicho de la posición que toman en relación a la temática. Es importante saber que piensan al respecto y como defienden su labor como médicos/as obstetras ante una acusación.

Es por ello, que en esta Tesis de Grado se buscó indagar sobre las representaciones sociales que poseen los/las médicos/as respecto a dicha problemática, conociendo además (para una mejor comprensión) el papel que cumple el/la médico/a obstetra, encargado del seguimiento de embarazo, parto y puerperio. Analizando los requerimientos institucionales a los que debe responder el/la médico/a como profesional obstetra (en relación a la violencia obstétrica) dentro del Hospital Público Materno Infantil de la Provincia de Salta.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

TEMA:

¿Cuáles son las representaciones sociales que poseen los/las médicos/as obstetras sobre la violencia obstétrica, en el Hospital Público Materno Infantil de la Provincia de Salta en el año 2019?

OBJETIVOS:

- ❖ Identificar las representaciones sociales que poseen los/las médicos/as Obstetras del Hospital Público Materno Infantil de la Provincia de Salta sobre Violencia obstétrica.
- ❖ Describir la dimensión cognitiva, valorativa y figurativa de las representaciones sociales que poseen los/las médicos/as sobre Violencia Obstétrica.
- ❖ Comprender el rol del/la médico/a obstetra.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

- ❖ ¿Cuáles son las representaciones sociales que poseen los/las médicos/as obstetras del Hospital Público Materno Infantil de la Provincia de Salta sobre Violencia obstétrica?
- ❖ ¿Cuál es la dimensión cognitiva, valorativa y figurativa de las representaciones sociales que poseen los/las médicos/as sobre Violencia Obstétrica?
- ❖ ¿Cuál es el rol del/la médico/a obstetra?

DEFICIENCIAS EN EL CONOCIMIENTO

Dentro de la bibliografía consultada, no se encontraron investigaciones específicas donde se abordara el problema planteado en el presente trabajo de investigación. Por lo tanto, no hay antecedentes teóricos que aporten directamente al tema investigado; lo que la convierte en novedosa y de gran interés para las personas interesadas en su lectura.

Sí fue posible encontrar aportes teóricos sobre las representaciones sociales, sobre la violencia obstétrica y sobre la relación médico/a paciente, que permitieron elaborar el marco teórico que sentó las bases de esta Tesis de Grado.

Se podría decir que en relación al tema, abunda información sobre las leyes que amparan y protegen a la mujer embarazada, no así, no es un tema conocido la operatividad de las leyes, como por ejemplo resolución de casos de denuncias sobre violencia obstétrica, o información sobre la postura y defensa, o accionar del/la profesional denunciado. Tampoco es posible obtener información sobre las implicancias del equipo médico tratante (como parte de una institución), mucho menos información oficial o parte de prensa que refleje la postura y accionar de la institución sobre la que recae una denuncia de violencia obstétrica.

Es decir, se conocen los casos, pero no se conoce el desenlace o el protocolo de acción (por parte de las instituciones) y la resolución de los casos denunciados.

Sin embargo de la basta bibliografía consultada se lograron extraer las siguientes aportaciones teóricas que fueron de gran ayuda para dar sustento científico y una línea teórica al desarrollo de esta investigación:

Andrade, M, Demitto, M., Dell Agnolo, C. M., Torres, M. M., Carvalho, M. D., & Pelloso, S. M. (2017). Tristeza materna em puérperas e fatores associados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (18), 8-13. <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0186>

El artículo versa sobre los cambios físicos y emocionales que sufren las mujeres durante el embarazo, y que dichos cambios las vuelven vulnerables. Tiene como

objetivo, analizar la presencia de síntomas de depresión posparto experimentada por madres y los factores asociados. Dicho trabajo aportó a esta investigación valiosas conclusiones respecto a la vulnerabilidad en la que se encuentra una mujer al momento del parto, y la necesidad de cuidados especiales en la salud mental y física de la embarazada. La falta de los mismos, pueden ser vivenciados como una forma de violencia, a la que las mujeres embarazadas se sienten expuestas.

Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica; otra forma de violencia a los derechos humanos. *Revista Redbioetica/UNESCO*. 41 (7) 25-34. Recuperado de: <http://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12868/Art2BelliR7.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Este artículo tiene como objetivo principal estudiar la violencia obstétrica como una forma de violencia de género y violación a los derechos humanos. Realizando una revisión bibliográfica sobre la violencia obstétrica, considerada como una consecuencia de la aplicación del paradigma médico. Como consideraciones finales la autora concluye que en Argentina, como en otros países de Latinoamérica, los sistemas de salud pública atraviesan situaciones de crisis que llevan a colapsar el sistema de salud. Describe la primera ley nacional N 25929 que se encarga de los problemas de la violencia obstétrica, también conocida como Ley de Parto Humanizado.

Este artículo sirvió como aporte a esta investigación, ya que permitió conocer las leyes en profundidad y los derechos de las mujeres. Apreciando el contexto en el cual suelen surgir los casos de violencia obstétrica, entendiendo la multiplicidad de factores y responsabilidades en tales casos.

Benítez Guerra, G. (2008). Editorial Violencia Obstétrica. *Revista de la Facultad de Medicina*. 3 (1) 5-6. Recuperado de: <http://coebioetica.salud-oaxaca.gob.mx/wp-content/uploads/2018/libros/ceboax-0581.pdf>

El presente trabajo sobre la Violencia Obstétrica reemplaza a la ley sobre la violencia contra la mujer y la familia de 1998. En esta nueva Ley se mencionan y

describen 19 formas de ejercer violencia contra la mujer, siendo la más desarrollada la violencia obstétrica.

Y si bien es un tema cuestionado en los últimos años; muchos obstetras argumentan que esta ley posibilita a las mujeres a hacer peticiones acerca de la vía del parto o negarse a determinados procedimientos, interfiriendo de esta manera la labor del profesional.

Este artículo aporta conocimientos sobre la forma en que cada mujer decide llevar a cabo su embarazo y proceso de parto en función de su cultura, de las posibilidades económicas, y teniendo conocimiento de ésta ley que son libres de tomar una decisión autónoma, pero sobre todo, este artículo permite considerar una clara posición, de algunos profesionales, sobre la temática. Permitiendo suponer una representación social donde se desvaloriza los derechos de las mujeres embarazadas.

Graça, L. C. C., Figueiredo, M. do C. B., & Carreira, M. T. C. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (4), 27-35.
Recuperado de:
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200003&lng=es&tlng=pt

El siguiente artículo consiste en analizar la contribución de la intervención de las enfermeras, de la Atención Primaria, en la promoción de la transición a la maternidad.

Este artículo aportó a esta investigación consideraciones respecto a la importancia del equipo de salud como el recurso necesario para una transición y desarrollo positivo de la madre y el bebé. Si bien concluye que el conyugue y la familia es más determinante en que dicho progreso sea más positivo, no deja de considerar la importancia del que hacer médico y de las enfermeras. Finalmente nos permitió considerar la importancia del trabajo en conjunto, tanto de médicos como de la familia de la parturienta, para que los síntomas somáticos y actitudes negativas de la madre disminuyan.

Faneite, J., Feo, A., & Toro Merlo, J. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 72 (1), 4-12. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002&lng=es&tlng=es.

El objetivo de este estudio descriptivo consistía en determinar el grado de violencia obstétrica y sus implicaciones legales. Aplicando una encuesta a 500 personas que formaban parte del equipo de salud en el área de obstetricia de diferentes hospitales entre los meses de Junio a Octubre de 2010 en Caracas- Venezuela.

Obteniendo como conclusión y resultados que el término violencia obstétrica era conocido por todos los encuestados, no así la ley que la resguarda. No están claros los actos de violencia obstétrica, se desconocen los mecanismos de denuncia y los organismos que ayudan a las mujeres que son víctimas de violencia obstétrica.

Este estudio aportó material y conocimientos acerca de la importancia de las leyes sobre violencia obstétrica que deben ser respetadas. Reconociendo el derecho de las mujeres a un parto respetado.

Felgueiras, M. C. M. A. & Graça, L. C. C. da. (2013). Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (11), 77-84. <https://dx.doi.org/10.12707/RIII12136>

Esta investigación consistió en evaluar la relación entre la resiliencia y la capacidad de adaptación a la maternidad. Obteniendo como conclusión que en el periodo de posparto, las mujeres que presentan mayor resiliencia, tienen una mejor adaptación a la maternidad y por lo tanto actitudes más positivas ante diversas situaciones que se presentan.

Aporta a este trabajo, ya que dentro de sus conclusiones asegura que para contribuir a esta capacidad resilientes de las madres (necesaria para recuperarse de las situaciones desagradables que les suceden), es necesaria la contribución del cuidado del cuerpo médico tratante, en este caso destacando el papel de los enfermeros especialistas en obstetricia, ya que pueden orientar en la toma de decisiones y determinar prioridades en el momento del parto.

Medina, G. (Diciembre, 2009). *Violencia Obstétrica. Revista de derecho de familia y de las personas*. Recuperado de: <http://www.gracielamedina.com/violencia-obstetrica/>

Éste artículo versa sobre un estudio de casos de testimonios de mujeres atendidas en Hospitales Públicos de la Ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina. Según el artículo, la mayoría de las pacientes en sus consultas con el obstetra o ginecólogo habían sido víctimas de: malos tratos o tratos considerados degradantes, violación del derecho a la información y a la toma de decisiones.

Esta publicación aporta material al presente trabajo acerca de la importancia de comprender y conocer sobre lo que es la violencia obstétrica, siendo un tema muy escuchado y hablado en los últimos meses en nuestro país; que repercute en la calidad de atención que reciben las mujeres embarazadas y en el momento del parto.

Pintos Medina, A. L. (2015). *Maternidad: reflexiones sobre sus significados y las construcciones del imaginario social. Partiendo de la experiencia práctica en un Centro para mujeres con niños/as y adolescentes a cargo, en situación de calle*. (Trabajo Final de Grado). Universidad de la República Oriental de Uruguay, Uruguay. Recuperado de: http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_7.pdf

Este trabajo consiste en una investigación sobre el imaginario social que hay en torno a la maternidad y las dificultades e incidencias que ofrecen el medio o entorno social y económico del cual proviene la mujer. La autora del trabajo concluye que para las mujeres que forman parte del programa la maternidad se vive como un ideal alcanzado; la gran mayoría de ellas no buscaron tener hijos pero tampoco se ocuparon de utilizar algún método para prevenirlo.

Este trabajo de grado es un gran aporte, pues permite considerar otro aspecto, o mejor dicho la otra mirada en cuanto al imaginario social y la posición de vulnerabilidad en el que se consideran las mujeres, por ser mujeres y aún más por estar embarazadas.

Se sienten más expuestas a la violencia obstétrica, sobre todo aquellas mujeres que deben acudir al servicio de hospitales públicos.

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:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100010&lng=es&tlng=es.

El artículo publicado trata sobre la violencia obstétrica y la relación con la violencia de género. La autora desarrolla conceptos como: patriarcado, violencia ejercida contra la mujer, el marco legal que rige la Ley Orgánica por el Derecho de las mujeres a una vida libre de Violencia. Concluye que la violencia obstétrica se encuentra vinculada con la vulneración de los derechos humanos.

Esta publicación aporta material y conocimientos acerca de la importancia de respetar la calidad de atención de la mujer embarazada en el proceso de parto. Dando a conocer los derechos de las mujeres a partir de la ley Orgánica por el Derecho de la mujeres a una vida sin violencia.

Schwartz, P. K. N. (2010). La Maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media. *Revista de Crítica Social*.
Recuperado de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/ar/ar-030/index/assoc/D404.dir/6.pdf>

Este artículo publicado analiza las percepciones y prácticas sobre la maternidad en ginecólogos, obstetras y mujeres jóvenes de clase media. Observando que la institución médica refuerza los estereotipos tradicionales de géneros, legitimándolos a partir de las diferencias biológicas entre mujeres y varones.

Se realizaron entrevistas a mujeres hetero y homosexuales, también entrevistas a médicos ginecólogos y obstetras que se desempeñan como tales en la Ciudad de Buenos Aires, y cuyas pacientes son mujeres de clase media.

Como consideraciones finales, este artículo aporta conocimientos acerca de que las mujeres entrevistadas no cuestionan las indicaciones de los médicos ni sus decisiones. En este sentido se observó una diferencia en lo hallado en las mujeres

médicas y los varones, éstas tenían mayor tendencia a comprometerse con la situación integral de vida de la paciente, al mismo tiempo manifestaban mayor respeto hacia diferentes formas de estructuras familiares y prácticas sexuales. Concluyendo que tiene una gran incidencia las representaciones sociales y emergencia social de una mujer en la manera de aceptar un tratamiento o hacer valer sus derechos.

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como finalidad profundizar los conocimientos en torno a las representaciones sociales que poseen los/las médicos/as obstetras sobre la violencia obstétrica, ya que como parte fundamental e implicado es muy importante poder considerar y conocer a través de estas representaciones el proceder y los marcos legales y de acción que conlleva la profesión.

Podemos reconocer que la temática estudiada es considerada un punto sensible en los tiempos que corren, puesto que todo en torno a la violencia, y específicamente a la violencia de género se encuentra en el centro de los debates sociales y las políticas de acción pública y social.

Es por ello, que se buscó indagar sobre las representaciones sociales que poseen los/las médicos/as respecto a dicha problemática, considerando que poder conocer en profundidad la perspectiva y posición del/la médico/a implicado en la temática, pudiera o permitiría abordar la temática de manera más efectiva o más acorde a la realidad.

No es menor considerar que muchas veces los requerimientos institucionales a los que debe responder el/la médico/a obstetra dentro de una Institución, puede interferir, entorpecer y muchas veces provocar fallas en la atención y atención efectiva de las demandas de los usuarios; y esto es importante de considerar ya que en este tipo de problema (o mejor dicho siempre que hay un delito) la necesidad de justicia de los damnificados, busca un culpable o responsable que pudiera de alguna manera resarcir el mal que han padecido. Esto hace necesario que podamos tener una visión completa de todo el panorama antes de poder formarnos una idea o concepto en referencia a la temática, y culpabilizar o castigar a una u otra de las partes implicadas.

En cuanto a la conveniencia que tuvo el poder realizar esta investigación, la misma fue el poder comprender en mayor profundidad una temática poco investigada, que pudiera a su vez generar los conocimientos necesarios que permitiesen desarrollar mejores estrategias de acción y evitar así que estos delitos se sigan cometiendo, o al menos disminuyan.

Tal como se ha mencionado en reiteradas ocasiones en lo que va del desarrollo de esta investigación, puede decirse que cumple con el criterio (de forma primordial) de la relevancia social que posee su ejecución, ya que como se mencionó, esta problemática ejerce una gran presión social, y una hiper sensibilidad al respecto. Esta

problemática cobra fuerza y nace desde la presión social, por lo que saber más al respecto sería un gran beneficio para la comunidad en general; ofreciendo bases científicas para un mejor y más ampliado debate al respecto.

Por último se considera que su ejecución es de gran valor teórico, ya que poder contextualizar las teorías sobre psicología comunitaria, psicología de la salud y psicología social a los cambios y problemáticas actuales, no solo nos involucra como profesionales de la salud sino que además facilita el surgimiento de nuevas ideas de abordaje que apoyen las teorías existentes y nuevas. Conocer en mayor medida el comportamiento humano es siempre una ventaja para el profesional interesado en desarrollar mejores técnicas de abordaje terapéutico.

Así mismo, será un aporte para las investigaciones en Psicología Comunitaria, Psicología de la Salud y Psicología Social, evidenciando la importancia del estudio de la violencia obstétrica en nuestra sociedad. También representa un aporte al ámbito socio-comunitario, a los profesionales de la Salud del área de obstetricia del Hospital Público Materno Infantil, y a toda la comunidad interesada.

Por último y no menos importante, puede ser el punto de partida para otras investigaciones, teniendo en cuenta que la salud es un compromiso y construcción social.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I:

REPRESENTACIÓN SOCIAL

Podríamos partir de la premisa o consideración, de que la Psicología Social históricamente ha centrado su interés y ocupación en resolver un solo problema, es decir en responder un único interrogante: ¿Por qué se produce el conflicto entre individuo y sociedad?” (Jodelet, 1986).

La constitución del individuo se da principalmente en sociedad, a partir de la relación entre unos y otros es como se comienza a articular el lenguaje. Es así, que todo ser humano se constituye a partir de condiciones sociales y culturales. Los lazos sociales se inscriben en la vivencia y la conducta de cada persona.

En este capítulo nos atañe comprender en profundidad que son las representaciones sociales, tema central de esta investigación. Para tal objetivo es importante ir a los inicios, es decir cómo y dónde nace la teoría de las Representaciones Sociales. Esta tiene su cuna en Francia, dentro de la psicología social, y su creador o iniciador es Serge Moscovici, en el año 1961; que es cuando escribe su tesis: *El psicoanálisis, su imagen y su público*; en ella intentaba explicar cómo la sociedad francesa entendía el psicoanálisis a través del análisis de la prensa y entrevistas en diferentes grupos sociales.

La propuesta de Moscovici resumía años de estudios teóricos y empíricos, tras los cuales funcionaba un propósito básico: redefinir los problemas y conceptos de la Psicología Social, Con su teoría de las representaciones sociales, Moscovici integra en una psicología social las aportaciones de diversas disciplinas, dentro de un contexto europeo y permite comprender la esencia del pensamiento social desde otra perspectiva. (Perera Pérez, 2003, p.2)

Es muy difícil encontrar un consenso en cuanto a una sola definición de representación social, de hecho ni en las primeras obras de Moscovici es posible hacerlo. Dado que es un fenómeno muy complejo, es difícil encarnar un solo concepto; sin embargo es mucho más sencillo comprender la realidad del fenómeno, en qué consisten las representaciones sociales.

De modo general las Representaciones Sociales constituyen una formación subjetiva multifacética y polimorfa, donde fenómenos de la cultura, la ideología y la pertenencia socio estructural dejan su impronta; al mismo tiempo que elementos afectivos, cognitivos, simbólicos y valorativos participan en su constitución. (Perera Pérez, 2003, p.8)

En otros términos, podemos explicar que la idea de que las representaciones sociales actúan como guías para la acción, y se encuentran mediadas por la realidad contextual de las personas, en la que intervienen aspectos ligados a la posición social, postura política, orientación religiosa y otros del ámbito social. (Sáenz Díaz, Maldonado González y Figueroa de Katra, 2016, p. 216).

Esto nos permite comprender que en la construcción de una representación social actúan y entran en juego diferentes aspectos de la realidad que son compartidos por una sociedad en un tiempo y espacio concreto. Estos aspectos pueden ser estructuras geográficas, sociales, políticas, económicas y culturales, actuando directamente en dicha construcción y por tanto determinándolas.

Moscovici, para componer su teoría de las representaciones sociales, se remite a los conceptos de representaciones colectivas de Emile Durkheim, quien sostenía que la sociedad para funcionar como tal necesita de un pensamiento organizado. Y esta es la función de las representaciones colectivas, poder concentrar la forma de pensamiento que impera en una sociedad y que afecta o determina a todos sus miembros. (Piña Osorio y Cuevas Cajiga, 2004)

Al ser las representaciones construcciones sociales, éstas generan principios o elementos que son compartidos. Poseen la característica de ser estructuras que estructuran, en el sentido que genera códigos que les permite a los miembros de una sociedad identificarse como partes de la misma, a la vez que la caracterizan como esa sociedad en particular. Sirve como un sistema de referencia, que orienta la conducta, les

da un sentido y una dirección. Esto le da un marco de referencia al sujeto en la vida cotidiana.

En este sentido es útil la definición sobre representación social que emplean en su investigación García y Martínez (2018) cuando sostienen que:

El concepto de representaciones sociales remite directamente al punto de unión entre las realidades discursivas (comunicativas) y fácticas, entre la imaginación y la acción, actuando como nexo entre el universo interior y el exterior de los sujetos. Sirven, por tanto, de mapa para la interpretación del mundo, para interactuar con él. Interactuar, por ejemplo, a través de procesos de comunicación, entre otros. De tal modo, las interacciones entre los sujetos, los objetos de conocimiento y el contexto de interpretación y acción se erigen como una de las preocupaciones epistémicas centrales para la teoría de las representaciones sociales bajo una mirada holística, que, sin duda, es uno de sus aportes esenciales dentro de las ciencias sociales en el siglo XX. (p. s/n)

Una posible manera de interpretar la realidad que se vive cotidianamente, es mediante una forma de conocimiento social. De esta manera, interviene lo social en un contexto concreto donde interactúan los individuos a través de la comunicación, el establecimiento de códigos y los roles que ocupan cada uno dentro de la misma. Es por ello, que las representaciones que tenemos de los otros se constituyen en la base de la personalidad y en los procesos de interacción y comunicación.

En este contexto se destaca la teoría de las Representaciones Sociales, caracterizándose por su poder descriptivo y explicativo; permitiendo la investigación del entrelazamiento social y su constitución como individuo socio-cultural. Se refieren a:

Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. (Jodelet, 1986, p. 472)

La noción de representación social nos ubica en el lugar donde intersectan lo psicológico y lo social. Haciendo referencia a la manera en que todos los sujetos sociales aprehenden los sucesos de la vida cotidiana, las características principales del medio ambiente que los rodea y los individuos que forman parte del entorno cercano o lejano. La representación social es una particularidad propia del conocimiento, cuya función es elaborar comportamientos y comunicación entre los individuos. Es una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios.

Pueden aparecer las representaciones sociales como creencias, estereotipos, valores, opiniones, normas, entre otras. Siendo necesario destacar que las representaciones sociales no reflejan la estructura social, sino que la condiciona y responde a lo que en ella suceda.

Es la persona a través de su atención, memoria y percepción, que se relacionará con la realidad que lo rodea, es decir con diferentes objetos. Y así, con este acto el objeto será reemplazado por un símbolo; pero más allá de esto lo deja expresado como formas de actuar en la cotidianeidad, como expresión de sus valores, posición, roles que ocupa, religión. (León, 2002) Es a través de estas manifestaciones donde se puede conocer y analizar cómo es el proceso de construcción de su propia realidad, siendo los sujetos partícipes, principales y actores activos de tal transformación.

“El acto de representación es un acto de pensamiento por medio del cual un sujeto se relaciona con un objeto.” (Jodelet, 1986, p. 475). Por un lado, teniendo en cuenta el acto, representar es sustituir a, estar en lugar de; considerando la representación como el representante mental de algo: haciendo referencia a una persona, un objeto, un suceso, etc. Por otro lado, representar es hacer presente en la mente o en la conciencia; donde la representación es la reproducción mental de otra cosa: ya sea una persona, un objeto, un suceso.

A modo de ir consensuando y sobre todo comprendiendo mejor que son las representaciones sociales, podríamos por último definir las como:

(...) conjunto de ideas, saberes y conocimientos para que cada persona comprenda, interprete y actúe en su realidad inmediata. Estos conocimientos forman parte del conocimiento de sentido común. Las RS se tejen con el pensamiento que la gente organiza, estructura y legitima en su vida cotidiana. El conocimiento es, ante todo, un conocimiento

práctico que permite explicar una situación, un acontecimiento, un objeto o una idea y, además, permite a las personas actuar ante un problema. (Piña Osorio y Cuevas Cajiga, 2004, p. s/n)

Siguiendo a estos autores, podemos aclarar que las representaciones sociales no se tratan de todo el mundo social, sino de una fracción, de un aspecto social específico: sobre algo o alguien en particular.

Es por tal motivo que es imposible encontrarnos con una representación social universal o sobre sociedad, por ejemplo; al contrario, podemos encontrarnos con representaciones sociales sobre algún objeto, sobre alguna/s personas, o evento particular social.

“Por ejemplo, si alguien tiene una vaga idea sobre una sociedad, en el fondo la tiene sobre sus dirigentes, su sistema político, su sistema económico, sus ciudades, sus hospitales, o sobre sistemas o prácticas”. (Piña Osorio y Cuevas Cajiga, 2004, p. s/n)

Las representaciones sociales son útiles para poder establecer una relación entre el mundo de la vida cotidiana y los objetos que en ellas son representados. Son un medio para interpretar la realidad y determinar el comportamiento de los miembros de un grupo hacia su entorno social y físico con el objeto representado.

Las representaciones sociales no solo determinan la acción, sino que además, pueden cambiar las acciones y producir nuevos comportamientos, construir nuevas relaciones con el objeto de representación. Determinan o modifican la toma de postura ante un objeto, persona o hecho. (Piña Osorio y Cuevas Cajiga, 2004, p. s/n)

A modo de síntesis, en virtud de las definiciones aquí planteadas por diferentes investigadores, resulta pertinente enlistar las características principales de las representaciones sociales:

- Las RS son una forma de conocimiento de sentido común, el cual a través de imágenes condensan un conjunto de significados, sistemas de categorías que permiten clasificar las circunstancias, fenómenos y a los propios individuos.
- En este saber de sentido común, los contenidos funcionan como principios generadores de la acción, socialmente caracterizados y compartidos.

- Las RS resultan de una actividad constructora de la realidad (Simbolización) y también de una actividad expresiva (interpretación).
- Funcionan como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones entre los actores sociales tanto en su ambiente físico como en el social.
- La experiencia forma parte esencial de la construcción de la representación en tanto que introduce la relación con el medio circundante.
- Las RS integran conocimientos, actitudes, creencias concernientes a un objeto. Comprenden en efecto, los saberes, las tomas de posición, los juicios de valor, las prescripciones normativas, etc. (Sáenz Díaz, Maldonado González y Figueroa de Ktra, 2016, p. 217).

Ya que hemos establecidos claramente que es una representación social y cómo actúa; es pertinente determinar a continuación cómo se las clasifica, cuáles son sus componentes y estructura.

Clasificación de las Representaciones Sociales:

Según Moscovici (1985), (citado en García y Martínez, 2018) podemos hallar tres tipos diferentes de representaciones sociales: Las emancipadas, las polémicas y por último las hegemónicas.

En cuanto a las Representaciones sociales clasificadas como emancipadas, nos advierte que estas no tienen un gran alcance (a diferencia de las hegemónicas). Suelen pertenecer a grupos que emergen con visiones y criterios nuevos sobre el mundo, intentando con ello producir o sembrar algún cambio. Poseen la característica de ser flexibles y dinámicas. En algunos casos logran evolucionar con el tiempo y convertirse en hegemónicas, pero en general suelen transformarse en polémicas y constituir el centro de conflictos intergrupales.

En cuanto al tipo de representación polémica, podríamos decir que estas son el resultado, justamente, del antagonismo que se producen entre los diferentes grupos. Surge el enfrentamiento entre las distintas representaciones (polémicas). A veces logran ser muy significativas en momentos y hechos históricos.

Por último, hablamos de las representaciones hegemónicas. Estas se diferencian por el elevado nivel de consenso que presenta entre los grupos. Se distinguen por su elevado nivel de consenso, gracias a lo cual juegan un papel muy destacado en las prácticas sociales de los sujetos.

Debido a esta principal característica de homogeneidad y estabilidad, esta clase de representación social es propia de los fenómenos de identidad y funcionan como una guía, un mapa para el comportamiento de comunidades, diferentes etnias y sociedades enteras.

Una representación se confirma siempre en relación con otras representaciones, en especial, con aquellas que sobre el grupo y su propia postura tienen los demás. Cada representación, en tanto sistema complejo, no permanece aislada del resto de las representaciones a su alrededor, así como los grupos de personas no permanecen químicamente puros en la realidad. (García y Martínez, 2018, p. s/n)

Estructura y Contenidos de las Representaciones Sociales:

Ya hemos establecido que las Representaciones Sociales, como una forma de conocimiento apuntan a un proceso y a un contenido.

Como proceso es entendida como aquella forma particular de adquirir y comunicar conocimientos.

Ahora como contenido, esta forma particular de conocimiento, está constituido por universo de creencias, en el que se pueden distinguir tres principales dimensiones: **LA ACTITUD, LA INFORMACION Y LA REPRESENTACION**. (Araya Umaña, 2002, pp. 39-41)

- 1) **La Actitud (o dimensión valorativa):** esta consiste en la dimensión afectiva de la representación social. Le imprime a esta un carácter dinámico y orienta el comportamiento hacia el objeto de la misma. Otorgándole las más diversas reacciones emocionales, de diversa intensidad y dirección.

Algunos estudios la mencionan como la primera, o casi siempre la primera dimensión de una representación social. Convirtiendo así al componente afectivo de una

importancia trascendental en la constitución de toda representación; jugando un papel estructurante o desestructurante.

“La actitud Consiste en una estructura particular de la orientación en la conducta de las personas, cuya función es dinamizar y regular su acción. Es la orientación global positiva o negativa, favorable o desfavorable de una representación”. (Araya Umaña, 2002, p. 39)

Al expresar una reacción emocional sobre el objeto o hecho, la constituye el aspecto más primitivo y persistente de las representaciones, encontrándose siempre presente sin la necesidad de que los otros elementos o dimensiones estén presentes. Por ejemplo, una persona o un grupo pueden reaccionar emocionalmente frente a un hecho, aunque no posea información del mismo.

- 2) **La Información (o dimensión cognitiva):** esta dimensión da cuenta de los conocimientos que tiene una persona o grupo sobre un objeto o situación determinada. “Se puede distinguir la cantidad de información que se posee y su calidad, en especial, su carácter más o menos estereotipado o prejuiciado, el cual revela la presencia de la actitud en la información”. (Araya Umaña, 2002, p. 40)

Esta dimensión nos remite necesariamente a la riqueza de los datos o explicaciones que se producen o tiene una persona sobre la realidad y las relaciones cotidianas. Aun así hay que tener presente que la pertenencia a diferentes grupos y contextos sociales son los que van a mediar la cantidad y la precisión de la información que se dispone.

También se debe tener en cuenta que el origen de donde procede la información es una variable importante, ya que no será igual la información que se posee del contacto directo con el objeto cognoscible y de las prácticas que una persona desarrolla en relación con él; no tiene la misma propiedad de aquella información que es obtenida a través de una comunicación social.

- 3) **La Representación (o dimensión figurativa):** sería el modelo, se refiere al orden y jerarquía que obtienen los contenidos de las representaciones. Está compuesta por las cogniciones que le asignan un significado al resto de los elementos. Esta dimensión es construida por el sujeto a partir del estudio de las dos anteriores. (Perera Pérez, 2003, p. 23)

Finalmente, la dimensión figurativa que constituye un núcleo que organiza los elementos de la representación (León, 2002). Ésta dimensión es inseparable del aspecto simbólico, porque el sentido debe estar unido a la figura (Jodelet, 1986). Cuando el objeto ausente se hace presente mediante una representación, esto es la imagen asociada a los deseos, expectativas y sentimientos que proyectan las personas de la realidad; conformándose de este modo el aspecto simbólico.

Condensa el conjunto de actitudes, opiniones, imágenes, creencias, vivencias y valores que se encuentran en una misma representación social.

Para finalizar, poder conocer o establecer una representación social

(...) implica determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud). Estas tres dimensiones, halladas por Moscovici, forman un conjunto que tan sólo puede escindirse para satisfacer las exigencias propias del análisis conceptual. No cabe duda que el campo de representación constituye la dimensión más interesante y más original y quizás la más difícil de captar.

Es importante, por lo tanto, tener claridad —dado que las tres dimensiones refieren al análisis de contenido de los discursos— que el campo de una representación es una dimensión que debe analizarse en función de la totalidad del discurso y no sólo en un párrafo o en una frase. (Araya Umaña, 2002, p. 41)

Mecanismos de Formación:

Recordemos que las funciones principales de las representaciones sociales son instaurar un orden que le permita a la persona orientarse y permitir tolerar la comunicación entre los miembros de la sociedad.

Jodelet (1986) señala que el acto de representar consiste: cuando una persona se relaciona con un objeto por medio de un acto de pensamiento, en el que lo sustituye con un símbolo y finalmente lo hace presente en la mente.

Ahora bien, los procesos que constituyen el mecanismo de formación de las representaciones sociales fueron definidos por Jodelet (1986) con los términos de **Objetivación y Anclaje**.

El proceso de **Anclaje** permite que aquello que es extraño para el sujeto se haga conocido, y se incorporen a nuestra realidad, relacionándolos e integrándolos en una red. Por un lado clasifica, es decir que realiza la acción por la cual se podrá comparar objetos extraños con categorías de objetos que ya se conocen, y es así como se supondrán actividades, reglas, y ciertas conductas. Al mismo tiempo, afirma León (2002), que este proceso implica una transformación del objeto, porque previamente se le asignan categorías y características comunes; y a la hora de ser clasificado se le asignará un nombre, produciendo así tres efectos, que son descriptos por Jodelet (1986) como:

- Hablar de ese objeto, describirlo y asignarle cualidades y características particulares.
- Este objeto adquiere identidad porque se lo diferencia de los otros objetos por las características que se le asignan.
- Finalmente, se convierte en convencional para aquellos grupos que utilizan el mismo nombre para referirse a dicho objeto.

Este proceso detallado anteriormente se va produciendo a medida que las personas van interaccionando en conversaciones, eventos culturales, sociales, medios de comunicación, entre otros.

Por ello, el proceso de anclaje se refiere a los modos de inserción en lo social, consiste en incorporar el objeto de la representación en un marco de referencia preexistente; es decir, cuando el objeto en cuestión resulta desconocido las personas ante una experiencia o situación novedosa, buscan experiencias o historias similares para asociarlo. Este proceso se realiza mediante el lenguaje, con el que pueden además transformar lo extraño en algo familiar.

En cuanto a la **Objetivación**, esta consiste en el pasaje de elementos abstractos teóricos a imágenes concretas, a partir de tres etapas: a) se remodela la información seleccionada del contexto teórico que la produjo; b) se condensan los elementos de la información y se eliminan los aspectos conflictivos; constituyendo el esquema figurativo que es el núcleo de la representación; c) se produce la naturalización, que consiste en la transformación de los elementos del pensamiento en categorías sociales, es decir, a través de la concretización o cosificación se convierten fenómenos complejos en elementos de la realidad. (León, 2002)

CAPÍTULO II:

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

El fenómeno de la violencia ha tomado relevancia en los últimos años. Su repercusión en los medios de comunicación llevan a suponer que es un fenómeno moderno o propio de ésta época. Sin embargo, es imposible pensar en la actualidad sin tener presente las guerras, esclavitud, represión y otros acontecimientos violentos que sufrió el ser humano.

A su vez, muchas de las actitudes, comentarios o conductas actuales que son consideradas violentas fueron pensadas naturales en otras épocas. Y eso se debe a que ha cambiado el significado y la forma de interpretar los hechos de la vida cotidiana; porque hace falta tener en cuenta todo el contexto socio histórico para decir que una mujer que es maltratada durante el parto, sea etiquetado como un caso de violencia obstétrica. Esto se debe a que la violencia surge en una relación humana y no puede ser analizada de manera aislada.

El concepto de violencia ha cambiado a lo largo de la historia de la humanidad, y esto se debe a que dichas definiciones o conceptos son en función de la comprensión de la realidad que posee cada sociedad en un determinado momento histórico y cultural. Hoy en día, comprender la violencia en función del género, es considerarla como uno de los abusos contra los derechos de las personas que por su género se ven en mayor vulnerabilidad. Hoy en día se entiende que el género es una construcción social, y es por esto que actualmente es el tema de mayor relevancia y repercusión en los últimos años.

Es un gran reconocimiento, por parte de la Organización Mundial de la Salud, el de considerar a la violencia como un problema central de la salud pública, siendo importante definir el concepto de Salud como el estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad (OMS, 2002). Es una responsabilidad del Estado garantizar el derecho a la salud, por eso es de importancia para la Salud Pública.

La OMS define la violencia como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (OMS, 2002, p. 3)

El género es un concepto moderno que busca eliminar las discriminaciones que surgen al hablar o hacer referencia al sexo biológico. Este término tiene que ver con los roles, con los comportamientos aprendidos en la sociedad, en el grupo social en donde se relaciona cada persona, que condicionan a sus miembros para aceptar como masculinas o femeninas ciertas conductas o actitudes.

Lamas (2007) lo define como el conjunto de prescripciones, atribuciones y creencias que se construyen socialmente tomando como base la diferencia sexual. Pero cada sociedad se encarga de clasificar y seleccionar lo propio de las mujeres y lo propio de los hombres, estableciendo de esta manera reglas, normas, obligaciones y prohibiciones para cada sexo. Lo individual y social propio de cada persona, son el resultado del proceso de Humanización en el cual se encuentran en constante interacción, enfrentados con un hecho social que es la diferencia sexual.

Por lo tanto, cada cultura produce su propio ordenamiento y simbolización de la diferencia entre los hombres y las mujeres, con un elemento importante que es el lenguaje. Así, nacemos y pasamos a formar parte de una cultura donde ya están insertas creencias propias de lo que deben hacer los hombres y las mujeres dentro de la sociedad, marcadas como pautas de convivencia. Nuestra percepción, la forma en que cada ser humano piensa y se posiciona frente al mundo, la construcción de su propia imagen; se encuentran condicionadas por la cultura. Es por ello que se están igualando las vidas de los hombres y las mujeres en el ámbito laboral, cultural y cotidiano; aunque la diferencia sexual es la base de la distribución de papeles sociales, esto no surge naturalmente de la biología, sino también por parte de la cultura.

Por lo tanto, el género es una construcción histórica, va modificándose acorde a cada época. En la actualidad, el género es una creencia social que moldea la organización de la vida cotidiana y produce en muchos casos desigualdad entre hombres y mujeres, en la realización de determinadas actividades.

Se considera desigualdad de género cuando las personas a las que se les atribuye un género (en general el femenino) no pueden acceder a posibilidades sociales de igual

nivel que los de otro género (el masculino). De allí proviene la tan escuchada y debatida violencia de género y no violencia contra la mujer, para poder tipificar dentro de la ley a todas las personas que se identifican con el género femenino (Transexuales, homosexuales, etc.), y que por esta razón son tratados/as en inferioridad de condiciones que a los del género masculino.

La violencia Obstétrica, es una de las tantas caras de este tipo de violencia, la cual desarrollaremos a continuación.

Violencia Obstétrica:

En los últimos tiempos y con mayor frecuencia, se dieron a conocer denuncias y noticias sobre casos de violencia obstétrica, tanto en diarios, televisión y radio; lo que hizo que el tema sea observado y debatido en la sociedad, llegando a formar grupos de apoyo y un observatorio de violencia obstétrica por parte el Estado.

Por estas razones mencionadas anteriormente, una de las medidas actuales de la OMS, es que el Estado se encargue de generar políticas basadas en proporcionar una asistencia adecuada, respetando los derechos de todas las mujeres a participar en la toma de decisiones acerca de su embarazo y parto.

Actualmente la depresión posparto es considerada una epidemia silenciosa, ya que la identificación de los síntomas es tardía. Aproximadamente el 50% de las mujeres con depresión posparto no es debidamente diagnosticado porque los profesionales de salud aún desconocen y no saben evaluar los síntomas depresivos (Wisner, Chambersa & Sit, 2006, citado en Andrade, Demitto, Dell Agnolo, Torres, Carvalho, & Pelloso, 2017, trad. Babiez (2019). p.s/n).¹

¹ Atualmente a depressão pós-parto é considerada uma epidemia silenciosa, uma vez que a identificação dos sintomas é tardia. Aproximadamente 50% das mulheres com depressão pós-parto não é debidamente diagnosticada porque os profissionais de saúde ainda desconhecem e não sabem avaliar os sintomas depressivos (Wisner, Chambersa & Sit, 2006, citado em Andrade, Demitto, Dell Agnolo, Torres, Carvalho, & Pelloso, 2017, p.s/n).

En Argentina existe la Ley Nacional que se ocupa de Violencia Obstétrica, esta es la Ley N° 25.929 y considera lo que es el Parto Humanizado. Dicha ley fue sancionada el 25 de Agosto de 2004 y promulgada el 17 de Septiembre de 2004.

En esta Ley podemos hallar los derechos a los que tiene toda mujer embarazada, y estos son:

- A recibir información adecuada sobre las intervenciones médicas, para brindarle la posibilidad de elegir una alternativa.
- De recibir un trato respetuoso.
- A ser tenida en cuenta en el proceso del parto.
- Poder tener un parto natural, evitando todo tipo de intervención.
- A recibir información constantemente sobre el proceso de parto, el estado de salud de la niña o niño. Que se permita su participación, ya que es protagonista como madre.
- A no recibir ninguna intervención con fines para responder a una investigación. No obstante, de estar debidamente informada y prestar su consentimiento informado podrá participar.
- A ser acompañada por una persona durante el proceso de parto completo.
- Que durante su internación pueda tener a su lado permanentemente al niño o niña. Salvo si el recién nacido necesite recibir algún tratamiento especial.
- A recibir información sobre la lactancia.
- A ser asesorada sobre la higiene y cuidado personal de ella y del recién nacido.
- Recibir asesoramiento sobre el alcohol, las drogas o el tabaco que pudieran perjudicar o poner en riesgo la salud del recién nacido. (Senado y Cámara de diputados de la Nación Argentina, 2004).

Además dicha ley, normatiza el acceso al sistema de salud, y regula la obligación de las prestadoras de salud o prepagas y obras sociales.

Por otra parte, la Ley N° 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. (Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2009). Dicha ley fue promulgada con el objetivo principal de regular y eliminar todo tipo de discriminación entre hombres y mujeres, asegurando el derecho a todas las

mujeres de vivir sin violencia, y la de brindar asistencia integral a aquellas mujeres que hayan padecido violencia, entre otros.

En el artículo 6° de la misma, encontramos que se define a la violencia obstétrica como: “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”. Podemos comprender que la Violencia Obstétrica es el daño que se puede causar tanto a la madre y al niño, ya sea durante el embarazo y aun en el proceso del parto y post-parto.

¿Cuál puede ser una conducta en concreto que refleje violencia obstétrica?, podemos considerar (entre otras) aquellas actitudes que provocan humillación, agresiones físicas, verbales y psicológicas contra la mujer. La ley anteriormente mencionada protege justamente los derechos de la madre y del niño por nacer.

Medina (2009) nos ofrece, dentro de la Violencia Obstétrica, una clasificación que nos permite encuadrar y comprender de mejor manera lo que abarca tal delito:

Violencia Obstétrica Física: cuando se realizan en la mujer embarazada prácticas invasivas y medicación que no estén reglamentada para el estado de salud, También, cuando no son respetados los tiempos del parto.

Violencia Obstétrica Psíquica: implica el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, entre otros, que recibe la mujer embarazada a la hora de pedir asesoramiento e información sobre el parto.

Los orígenes de la Violencia Obstétrica:

Podría resultar difícil llegar a considerar una fecha exacta de inicio, puesto que como se consideró anteriormente, las prácticas de violencia contra la mujer han existido siempre, lo que se ha modificado es la apreciación cultural y social en torno a dichas conductas, lo que hace que algo que se consideraba natural en tiempos anteriores, hoy produzcan aberración en la sociedad actual; y eso es lo que sucede con la violencia, sobre todo la obstétrica.

Videla (1997), realiza un interesante recorrido histórico que nos permite entender un poco el contexto de los cambios culturales en torno a esta temática. En su

libro describen cómo las mujeres, en la evolución o el paso del feudalismo al capitalismo, fueron desterradas, principalmente en relación a la sexualidad y la reproducción femenina.

En la época feudal era común encontrarse con mujeres que hacían de sanadoras, quienes tenían gran conocimiento acerca de plantas que utilizaban como medicinas para curar a los miembros del pueblo. Pero también hacían de parteras, donde se les atribuía poderes mágicos y hasta fueron consideradas hechiceras. Muchas de ellas murieron, quemadas en la hoguera, acusadas de ser brujas.

No obstante, es necesario aclarar que las consideradas brujas no sólo eran las parteras, sino que también aquellas mujeres que evitaban algún embarazo, las mendigas que andaban por las calles, las que robaban algo para comer, etc.

En la Edad Media, algunas mujeres continuaban practicando con hierbas y plantas, estas eran ahora llamadas: curanderas, comadronas, hechiceras. Pero también aumentaba la desconfianza, por lo que tuvo que intervenir la Iglesia.

Como consecuencia de estas creencias se adjudicó a la iglesia de Inglaterra la responsabilidad de otorgar las licencias para el ejercicio de esta actividad. Nadie mejor que un obispo para *detectar a una bruja*. Esto sucede en 1678 cuando Jaime II se niega a la petición de una comadrona para poder autorizar y reglamentar su profesión.

Será a principios del siglo XIX cuando aparecen las primeras escuelas para comadronas, extendidas por todo el mundo con distintas características y planes de estudio. (Videla, 1997, pp. 167-168)

Con la llegada de la Modernidad y la caza de brujas provocaron la destrucción de todas las prácticas que fuesen incompatibles con los principios del trabajo capitalista. Lo que impulsó la llegada de la medicina profesional y la obstetricia. También, la necesidad de dar inicio a la formación universitaria y su práctica. Pero no fue hasta fines del siglo XVII donde aparecen los primeros hombres en ocupar los puestos de parteros y posteriormente obstetras.

No obstante, la desvalorización de las prácticas relacionadas con el parto, condujo a que sean los profesionales obstetras los únicos autorizados a intervenir durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Hoy en día, con la sustitución de las parteras por profesionales médicos obstetras, produjo el surgimiento de la medicina perinatal. Es por ello que se dio comienzo a la inmovilidad durante el parto o el uso de anestias para evitar el sufrimiento de la madre. Por lo tanto, no existe una única práctica, puesto que el parto

es un proceso dinámico; cada mujer experimenta de manera distinta cada proceso de embarazo.

A modo de conclusión, se puede sintetizar que durante muchos siglos la reproducción biológica del ser humano fue función y responsabilidad de la mujer y condición para su feminidad. Era considerado un hecho que las mujeres eran personas destinadas a procrear y que para ello debían sacrificarse y hasta en algunos casos ser expuestas a partos dolorosos, donde debían soportar cualquier práctica que ponían en riesgo la vida de la madre y el bebé.

No obstante, con el tiempo se fue modificando la forma de plantear y definir el tema de la Sexualidad, como consecuencia del gran avance tecnológico, la globalización, el capitalismo y contexto socioeconómico; que llevaron a la mujer a enfrentarse con la salida del hogar y buscar un trabajo. Lo que ha provocado mayor libertad con respecto a las elecciones de pareja, surgiendo nuevas normas de conducta ante el contacto con el otro.

El Quehacer Del Médico Obstetra:

A pesar de la notoriedad que va cobrando el tema de la Violencia Obstétrica, poco o nada se sabe del papel del médico o mejor dicho de la posición que toman en relación a la temática; y como defienden su labor como médicos obstetra ante una acusación.

Menéndez (1988) expresaba que la relación profesional- paciente, implicaba una relación de subordinación; como un sometimiento al propio sistema de salud, en el cual se debían aceptar sus métodos o técnicas. Lo que explica, que es una relación donde se resalta el rol activo del médico y un rol pasivo por parte de la embarazada.

Cabe resaltar que dentro de la sala de parto, el médico se encuentra cumpliendo su función, siguiendo el paradigma médico frente a los pacientes y los familiares de los mismos.

La Asociación Médica Argentina, comisión directiva 2001-2002 fue fundada en Septiembre de 1891, con el objetivo de desarrollar el Código de ética que sirva de guía para el desempeño del quehacer de todos los profesionales de la salud. En el capítulo 4 De los derechos del Equipo de Salud describe los siguientes artículos:

Art.- 46 La medicina es una profesión que se encuentra al servicio de la salud pública y comunitaria. Por lo tanto, debe ser ejercida sin discriminación.

Art.- 47 Cada miembro del Equipo de Salud debe ocuparse de conocer la estructura del sistema de valores y de la forma que sus juicios personales influyen en las decisiones relacionadas con lo bueno o malo.

Art.- 48 Los miembros del Equipo de Salud deben disponer de total libertad en el ejercicio profesional y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad.

Art.- 49 El Equipo de Salud debe limitar sus funciones a sus respectivos títulos o certificados habilitantes.

Art.- 50 El Equipo de Salud no puede delegar responsabilidades, funciones o actividades a personal no habilitado.

Art.- 51 La Medicina no puede ser ejercida como Comercio y el trabajo médico no deberá ser explotado por terceros con fines de lucro o políticos.

Art.- 53 Los miembros del equipo de Salud deberán procurar la mayor eficacia posible en su desempeño. Mejorando su calidad de atención médico- paciente.

Art.- 58 Deben combatir la charla sin sentido y el curanderismo.

Art.- 59 Los miembros del Equipo de Salud únicamente pueden utilizar o recetar productos de calidad aprobada.

Art.- 61 El Equipo de Salud tiene el deber y obligación de colaborar con la administración pública en el cumplimiento de las disposiciones legales relacionadas con la profesión.

Art.- 62 La responsabilidad profesional legal de cualquiera de los miembros del Equipo de Salud se da en los siguientes casos:

Inc a- al cometerse un delito contra el derecho común.

Inc b- cuando se causa un daño, ya sea por negligencia, imprudencia o abandono.

Art.- 64 Los miembros del Equipo de Salud deberán informar al paciente o familiares lo correspondiente cuando se trate de enfermedad grave. De ser necesario, debe hacer libre el Consentimiento Informado al paciente

o algún familiar o responsable legal, antes de realizar alguna maniobra que ponga en riesgos al paciente.

Art.- 67 Los miembros del Equipo de Salud son responsables de los riesgos o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos, en la práctica médica al realizar un tratamiento no avalado científicamente. (Asociación Médica Argentina, 2001-2002, pp. 33-35)

En el mismo artículo, en el capítulo 6, estipula la reglamentación de la relación Equipo de Salud- Paciente, describiendo los siguientes artículos:

Art.- 85 La relación Equipo de Salud con un paciente se establece cada vez que un profesional de salud acepta atender un miembro de la sociedad.

Art.- 86 El objetivo de la tarea de los profesionales de la salud es prevenir, proteger y recuperar la salud de las personas.

Art.- 89 Es indispensable, que los miembros del Equipo de Salud establezcan con su paciente una relación de lealtad y respeto.

Art.- 90 Los miembros del Equipo de Salud deben dedicar a su paciente el tiempo necesario para examinarlo y poder realizar un buen diagnóstico.

Art.- 91 Es considerada una falta ética la atención apresurada hacia el paciente, la ausencia de examen clínico y explicaciones que no expongan una respuesta a la inquietud del enfermo o sus familiares.

Art.- 92 De las normas que rigen la relación Médico- paciente, son importantes el respeto al secreto profesional, la confidencialidad y el libre consentimiento informado en forma personal o por algún familiar.

Art.- 94 Los profesionales de la Salud deben ser prudentes a la hora de dar una opinión sobre:

Inc a- enfermedad grave.

Inc b- enfermedad incurable.

Inc c- invalidez psicofísica progresiva e irreversible. (Asociación Médica Argentina, 2001-2002, pp. 37-38)

En cuanto al aspecto ético de la práctica Obstétrica (específicamente) podríamos simplificar y deducir que el médico obstetra y ginecólogo tienen el deber ético de proteger la salud de las mujeres que asisten a consulta. Poseen el conocimiento y la experiencia necesaria para ocuparse de la salud sexual y reproductiva.

A su vez, la salud sexual y reproductiva de la mujer y la posibilidad de recibir un tratamiento, se ve influenciados por otros factores externos como la pobreza, la mala alimentación, falta de recursos, falta de empleo, edad, etc. Es por ello, que los obstetras deben brindar toda la información necesaria a cada paciente acerca de la salud y los derechos de las mismas. También, como trabajadores de la salud, deberían informar a la comunidad sobre los problemas, nuevas prevenciones y cuidados para la salud sexual y reproductiva; originando debates para influir en la práctica y la legislación de la salud. Estos debates deben ser preparados para toda la sociedad, involucrando a otros organismos de la salud, organizaciones femeninas, educadores, entre otros.

Además, están obligados por su ética profesional a organizarse entre sí y unirse con sus colegas para brindar y garantizar la disponibilidad del servicio de salud esencial para las mujeres.

La salud física y psicológica de la mujer embarazada debe estar garantizada por el cuerpo de salud que la trata; y esto no solo incluye a los médicos obstetra. Tal como lo señala un trabajo de investigación realizado en Brasil en el año 2013, para que la mujer realice una transición hacia la maternidad de forma positiva, y desarrolle mayor capacidad de resiliencia para tolerar y sobreponerse a las situaciones de estrés y alteraciones emocionales, el conjunto de profesionales; y con especial ventaja los enfermeros especialistas en obstetricia, tienen la responsabilidad de que sus intervenciones y prácticas sean para promover una maternidad sana. “El enfermero especialista en salud materna y obstetricia debe estimular las potencialidades de los individuos, familias y comunidades para ayudarles a gestionar las dificultades y promover capacidades, habilidades y competencias que les ayuden a superar los retos” (Felgueiras, & Graça, 2013, trad. Babiez, 2019, p. 78).²

La interacción salud, médico y sociedad; es importantísima, y debería haber una buena conexión entre sus partes y un buen trabajo interdisciplinario, ya que una persona que asiste a un centro de salud, hospital o clínica en busca de un profesional, ingresa con la confianza y la necesidad de recibir ayuda, confiando que se encuentra en el mejor

² O enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia deve estimular as potencialidades dos indivíduos, famílias e comunidades para os ajudar a gerir as dificuldades e promover capacidades, habilidades e competências que os ajudem a ultrapassar os desafios. (Felgueiras, & Graça, 2013, p. 78)

lugar y el más indicado para ser tratado en su problemática, sin contar por supuesto de que además es un acceso al que tiene derecho.

Un paciente cifra su confianza en el profesional, pone su vida y la de sus hijos en sus manos, y todo profesional debe responder responsablemente por ello, respondiendo de manera profesional, responsable y sin prejuicio por condición social, raza, cultura o educación.

Por último es importante aclarar, que es sumamente necesario, en cuanto a los aspectos éticos en la relación médico- paciente, mantener cierta distancia para evitar la dependencia del paciente con la persona del médico. También evitar toda relación amorosa o sexual entre paciente y médico.

CAPÍTULO III:

SALUD PÚBLICA

El concepto de salud pública ha cambiado a lo largo de la historia de la humanidad de acuerdo con la comprensión de la realidad y de los instrumentos de intervención disponibles.

A continuación se hará un breve recorrido del posicionamiento en relación a la Salud y, por ende, a los lineamientos de la salud pública, que fue impulsado por intereses sociales, económicos, políticos y culturales a lo largo de décadas.

En 1978, a partir de la Declaración de Alma-Ata se decide que la clave para el logro de la meta Salud para Todos en el Año 2000, es el acceso a servicios de atención primaria de salud mediante una cobertura total (APS). Esto supuso un potencial avance mundial en los derechos sobre la salud. (Alma-Ata, 1978)

Las herramientas fundamentales de la estrategia de APS son la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, incorporando un elemento clave: la participación comunitaria; el cual será utilizado de diferentes maneras a partir de su introducción. La APS se transformó, desde que fue propuesta en 1978, en la política con mayor nivel de consenso y discusiones, entre los actores del sector salud, en la búsqueda de garantizar el derecho universal a la salud.

A raíz de las decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud, la Asamblea General de las Naciones Unidas declara oficialmente la salud como parte integrante del desarrollo social y económico. En la Resolución correspondiente se destaca que la salud para todos constituye una meta no sólo para el sector salud, sino para todos los sectores; por lo cual su logro exige una voluntad política, la adopción de decisiones difíciles y la

participación de cada ciudadano y de cada comunidad. Ello implicaría la revisión de los órdenes de prioridad y una redistribución de los recursos, tanto humanos como financieros (Alma-Ata, 1978).

Desde esa fecha en adelante, los organismos oficiales de salud a nivel mundial, de la mano de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y OPS – de las cuales Argentina es miembro- apoyaron la Estrategia de APS como eje de los sistemas de salud y el trabajo interdisciplinario e intersectorial.

Una de las formas de pensar el trabajo interdisciplinario bajo la estrategia de APS es la modalidad que propone la salud comunitaria; poniendo el acento en la participación real y consciente de las comunidades; en la planificación local, descentralizada; en la relación con las reales necesidades de salud de las poblaciones; en la integración de todas las actividades médico-sanitarias-ambientales-sociales; en la concepción social de la salud; en la orientación epistemológica de las actividades; en los niveles de atención; en la cobertura universal; en el predominio de lo general sobre la especialidad, es decir, en lo mayoritario sobre lo minoritario.

El sistema de salud en el país y en la provincia de Salta:

El sistema de Salud en Argentina se compone de tres sectores: el sector público, que esta a cargo del Estado; el de las obras sociales, relacionado con el sector laboral formal y, por ultimo, el privado, que corresponde a empresas de sistema prepago que se orientan a los sectores con mayor poder adquisitivo.

A principio de los 80 predominaba a nivel nacional las obras sociales, debido a la inserción económica de varios sectores de la población en relación a lo laboral. En la década de los 90, aumentó notablemente la población cubierta por el sector público, porvocado por el desempleo y aumento de empleo informal. Ambos hechos han marcado significativamente cambios en la Sociedad Argentina.

En consonancia con las directivas nacionales, en la Provincia de Salta se crea la Ley Provincial de Salud N° 6841 (Camara de Diputados de la Provincia de Salta, 1996), cuyo desarrollo principal se basa en el gerenciamiento y los hospitales de autogestión; y se busca transformar las condiciones de salud de la población a partir de la articulación de los recursos y servicios de las instituciones públicas, de la seguridad social y del subsector privado.

Es importante no confundir lo que es primer nivel de atención con la estrategia de atención primaria. El primer nivel de atención llega a todas las ciudades, pero la estrategia de atención primaria llega a todas las personas, que no siempre están dentro de las ciudades o urbanizaciones. Entonces esa estrategia, que implica traer el enfermo al centro de salud, hacerle el diagnóstico, regresarlo a su casa y llevarle todos los días la medicación que necesita, es la estrategia de atención primaria que se desarrolla en la provincia de Salta.

Teniendo en cuenta la APS como estrategia, podemos definirla como una manera de actuar en el sistema de salud, que involucra a todos los niveles; consiste en el ordenamiento de las prioridades para todos los niveles de atención; permite a la población acceder a los servicios de salud de manera equitativa. Considera el ámbito social y económico del individuo; se busca obtener el apoyo y la participación de la comunidad, brindando la atención de los servicios.

La estrategia principal de la APS consiste en brindar la cobertura sanitaria a toda la población de manera equitativa: visitas a los domicilios, nutrición, familia- medio ambiente – higiene, embarazadas, promoción del parto hospitalario, trabajo en redes, entre otros. Las estrategias que complementan la APS son: uso apropiado e incorporación de nuevas tecnologías, educar para la salud, coordinación de sectores, participación activa de la comunidad.

Teniendo presente que la Salud es un derecho de todos los seres humanos, aún con diferencias marcadas entre los sectores ricos y los más vulnerables, es necesario profundizar en las acciones de acceso a la salud. Es a partir de la consolidación de la democracia en el ámbito de la Salud Pública donde se puede mejorar la equidad, calidad y justicia social para la atención de la salud.

La Provincia de Salta, a su vez cuenta con la regulación del Plan Quinquenal (Gobierno de la Provincia de Salta, 2011-2016), dicho plan refleja el compromiso del gobierno para mantener y mejorar los niveles de salud durante 5 años. En dicho plan podemos encontrar esclarecimientos en cuanto a las prioridades y estrategia bajo las cuales las instituciones en conjunto con la comunidad persiguen los planes de acción para el bienestar de la comunidad.

Sabiendo que dichos principios o guía están basados en la equidad y la calidad de la atención, extraemos el siguiente resumen:

Los **principios de orientación** propuestos por el plan quinquenal son:

- **Equidad:** que consiste en la distribución justa de oportunidades para todos los individuos; posibilitando acceso a la información, a los conocimientos básicos, a los recursos con los que se cuenta, a los bienes y servicio que ofrece cada comunidad. Con el objetivo de disminuir las diferencias en la atención de la salud de la población.
- **Universalidad:** el Estado debe garantizar a toda población el acceso al sistema de salud. La salud es un derecho, por lo tanto es una responsabilidad del Estado asegurar calidad, sin límites sociales, geográficos, económicos o culturales.
- **Solidaridad:** este principio asegura protección de la salud para toda la población.
- **Ética:** consiste en un conjunto de reglas y normas que regulan el comportamiento de los seres humanos dentro de una comunidad. El término ética referido al ámbito de la salud se orienta a la dignidad, integridad, autonomía, a lograr el bienestar en las personas, etc.
- **Calidad:** es la capacidad del sistema de salud de brindar y asegurar atención integral que solucione necesidades de las personas y la población en general.
- **Inclusión Social:** es una condición, que reconoce los derechos, deberes e igualdad en todas las personas y todos los grupos sociales que forman parte de la comunidad.

Los **Ejes Transversales** del Plan Quinquenal son:

- **Enfoque de Género:** es un proceso a partir del cual se registran las diferencias entre las mujeres y los hombres teniendo en cuenta sus necesidades y problemas de salud.
- **Enfoque de Derecho:** la salud es un derecho de todos los ciudadanos. El sistema propio de salud reconoce a toda la población como sujeto de derecho.
- **Participación Social:** es el ejercicio de los ciudadanos, actores sociales, participantes de manera consciente y responsable. Defender el derecho a la salud se apoya en todos los sectores de la sociedad. Involucrando tanto a los sectores privados como públicos –gremios, ONG, centros vecinales, entre otros- que den lugar al diálogo y debates sobre la situación de la salud.

El sistema de salud de la provincia se encuentra dividido, técnicamente, en niveles de Atención:

Nivel IV: pertenecen los hospitales de máxima complejidad, cuentan con capacidad de resolver casi la totalidad de los problemas de atención de salud. Son referencia para toda la provincia.

Nivel III: esta conformado por ocho hospitales, que sirven de referencia a otras áreas operativas que se encuentran vecinas y disponen de internación, atención ambulatoria. Se ubican en el interior de la provincia: Joaquin V. Gonzalez, Embarcación, Rosario de la Frontera, Metán, Cafayate, Cachi, Rosario y El Carril.

Nivel II: esta conformado por treinta y seis hospitales. Con atención ambulatoria en los consultorios externos; internación, disponen de laboratorio y radiología.

Nivel I: realizan únicamente atención ambulatoria. Se diferencian en:

Centros de salud: realizan atención los profesionales; médico general, pediatra, odontólogo, nutricionista, laboratorio de rutina.

Puestos sanitarios: el personal de enfermería realiza las atenciones.

Puestos fijos: cumplen su función en escuelas, centros vecinales o casas de familia ubicados en ámbito rural. Los profesionales de la salud se trasladan para atender a la población.

Después de lo expuesto, en cuanto a las políticas de salud y cómo opera el mismo, ¿Cuál es el papel de la psicología dentro del mismo? La preocupación de la disciplina psicológica en relación con los temas de salud se orientó históricamente al estudio y tratamiento de la salud y las enfermedades mentales. En las últimas décadas, la psicología empezó a ocuparse del proceso salud-enfermedad en su dimensión más amplia y comenzó a hacer aportes a un campo tradicionalmente exclusivo del discurso médico.

El área disciplinar que se dedicó a este estudio se consolidó bajo el nombre de Psicología de la Salud y fue construyendo progresivamente un espacio propio como campo aplicado, orientando su evolución hacia dos enfoques: el clínico - con los antecedentes de la psicología clínica, el psicoanálisis, la psicología médica y la psicología cognitivo-conductual, y el social, fundamentado en la psicología social comunitaria. (Díaz Facio Lince, 2010).

Morales Calatayud (1999) define la psicología de la salud como una rama aplicada de la psicología, la cual tiene como objeto de estudio los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad-atención y de la atención en salud.

Le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los pacientes enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben. (Morales Calatayud, 1999, p.88)

En lo que concierne a la psicología comunitaria, Montero (2004) la entiende como un desarrollo disciplinar que fue conformando lentamente como una rama de la psicología; luego de elaborar un constructo sistemático de saber, tanto desde la práctica como desde la teorización. Este proceso de consolidación científica fue atravesando diversos periodos históricos, en los cuales se ha ido delimitando su objeto de estudio y desarrollando sus principios e instrumentos.

La psicología comunitaria implica posicionarse desde una práctica interventora más que desde una práctica cognoscitiva, es decir se plantea que aquella debe ser definida más desde lo que se realiza en la práctica que desde lo que se sabe en cuanto teoría. Ello responde a que precisamente aborda los fenómenos psicosociales en la realidad misma en la que se producen, trabajando sobre los mismos desde una intervención-acción más que una propuesta teórica de resolución.

Desde su establecimiento, la psicología comunitaria encontró su espacio de acción directa en determinados ámbitos sociales y en el campo de la salud, insertándose directamente en aquellas áreas en las que la psicología clínica y la psicología social, no lograban dar respuestas adecuadas a las problemáticas que surgían en sectores de alta vulnerabilidad social.

En Argentina los desarrollos teóricos relacionados a la psicología comunitaria son escasos. Si bien entre las décadas de los setenta y ochenta ya se trabajaba en comunidad, se lo hacía a partir de las bases teóricas de la psicología social o desde la psicología clínica ampliada. Recién a partir de los primeros años de este siglo, pueden encontrarse referentes locales que sistematizaron las prácticas comunitarias a partir de desarrollos teóricos latinoamericanos.

La psicología comunitaria en América Latina, se fue desarrollando a partir de las experiencias ligadas a las realidades locales, a los fracasos obtenidos cuando la población no fue involucrada en el proceso y a los logros cuando pasó a participar en el proceso mismo de investigación y de intervención de sus problemas.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

La investigación realizada responde al tipo cualitativa, encuadrándose en un nivel descriptivo, la misma se caracterizó por describir los fenómenos, eventos o situaciones; detallando cómo son y cómo se manifiestan. Esta investigación se basó en un proceso inductivo, se procedió a buscar, describir y explorar el tema de interés; lo que nos permitió llegar a las conclusiones necesarias para responder a las preguntas y objetivos planteados en esta investigación.

La misma es considerada como un estudio descriptivo, puesto que buscó analizar las representaciones sociales que tienen los/las médicos/as obstetras del Hospital Público Materno Infantil sobre la violencia obstétrica. (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2014).

CONCEPTOS CENTRALES:

- **Representaciones Sociales:**

Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado;

categorías que sirven para clasificar, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos.

La representación social es una particularidad propia del conocimiento, cuya función es elaborar comportamientos y comunicación entre los individuos. Es una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios.

Pueden aparecer las representaciones sociales como creencias, estereotipos, valores, opiniones, normas, entre otras. Siendo necesario destacar que las representaciones sociales no reflejan la estructura social, sino que la condiciona y responde a lo que en ella suceda.

- **Violencia Obstétrica:**

La violencia es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Por su parte y a raíz de esta consideración, la violencia obstétrica es definida como aquella violencia que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929

Podemos comprender que la Violencia Obstétrica es el daño que se puede causar tanto a la madre y al niño, ya sea durante el embarazo y aún en el proceso del parto y post-parto. Se ve reflejada a través de actitudes que provocan humillación, agresiones físicas, verbales y psicológicas contra la mujer y el niño por nacer.

- **Salud Publica:**

Es el acceso a servicios de atención primaria de salud mediante una cobertura total (APS).

Las herramientas fundamentales de la estrategia de APS son la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, incorporando un elemento clave: la participación comunitaria; el cual será utilizado de diferentes maneras a partir de su

introducción. La APS se transformó, desde que fue propuesta en 1978, en la política con mayor nivel de consenso y discusiones, entre los actores del sector salud, en la búsqueda de garantizar el derecho universal a la salud.

DISEÑO:

De acuerdo a Hernández Sampieri, Fernández Collado y Lucio Baptista, 2014; el diseño que se consideró apropiado para la ejecución del Trabajo investigativo aquí realizado fue el FENOMENOLÓGICO, ya que como lo indica dicho modelo, este nos permitió explorar, describir y comprender las representaciones sociales sobre violencia obstétrica que poseen los/las médicos/as obstetras del Hospital Materno Infantil. Poder indagar respecto a cómo dichos médicos comprende la realidad social estudiada a partir de sus experiencias.

Este Diseño permitió identificar el significado, estructura y esencia de las representaciones sociales que poseen los médicos/as en torno a un fenómeno social: la violencia obstétrica, íntimamente relacionada con el quehacer de su profesión.

Se utilizó como herramienta para la recolección de los datos la entrevista semi-dirigida. Para el análisis de los datos se buscaron categorías de análisis o unidades de significado a partir de las descripciones que los participantes hacen del fenómeno y a partir de las experiencias compartidas; es decir de las representaciones sociales que poseen sobre la violencia obstétrica.

PARTICIPANTES:

La población investigada estuvo formada por los/las médicos/as obstetras del Hospital Público Materno Infantil de la Ciudad de Salta, que estén cumpliendo su función en el área de obstetricia de dicho hospital. Realizando entrevista a los mismos sobre la opinión que poseen acerca de la Violencia Obstétrica.

En cuanto a la muestra, esta responde a la muestra de **EXPERTOS**, ya que en el caso que se presenta aquí investigado, se necesita la experiencia y la opinión de expertos en la temática. Dado que el recorte de realidad que persiguió esta investigación fue la representación social respecto a la violencia obstétrica, desde la especialidad

médica de la obstetricia; por lo que la muestra necesariamente debe estar compuesta por expertos, es decir por médicos obstetras.

A su vez responde al tipo de muestra **HOMOGÉNEA**, ya que las unidades seleccionadas poseen el mismo perfil para su elección.

Por último, es una muestra no probabilística, ya que la misma contiene a todos los casos que responden a las necesidades de la investigación. A continuación se detallan los criterios de selección:

- ✓ Médicos/as obstetras que trabajen en el Hospital Público Materno Infantil con una antigüedad de 5 (cinco) años como mínimo.
- ✓ La participación debe ser Voluntaria.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para el desarrollo de la investigación, se utilizó como técnica para la recolección de datos la **ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA**; siendo este instrumento el más adecuado para poder recabar la información necesaria que permitió responder los interrogantes planteados en la investigación, como así también la suficiente flexibilidad para que el entrevistado/a brinde información espontánea y que respondan a nuevos interrogantes o criterios de análisis no tenidos en cuenta hasta ahora.

A continuación se presenta el modelo o guía de preguntas que fue utilizado durante las entrevistas, que como se mencionó permitieron la flexibilidad de las respuestas, como así también la posibilidad de oportunamente ampliar con más interrogantes según se fuese conduciendo el caso por caso:

GUIA DE PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA:

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA VIOLENCIA OBSTETRICA	
Fecha:	
Lugar: Hospital Público Materno Infantil de Salta	
Entrevistado:	
Sexo:	Edad:
“La siguiente entrevista está orientada a obtener información acerca de las Representaciones Sociales que posee usted como médico/a obstetra, en relación a	

la violencia obstétrica. Rogamos responda con total libertad, y le aseguramos que toda la información que brinde será utilizada solo para el propósito que persigue esta investigación, con el mayor rigor científico, garantizando la confidencialidad y fidelidad de la información”

PREGUNTAS:

1) ¿Hace cuánto trabaja en el Hospital?

2) ¿Cuál es su opinión sobre las normas o exigencias que la institución establece sobre las tareas que debe cumplir?

3) ¿Cómo cree que se podría mejorar o facilitar el rol que debe cumplir el médico?

4) ¿Cuál es el protocolo de acción del médico obstetra cuando llega una mujer en trabajo de parto al hospital?

5) ¿Alguna vez sintió que la institución no respaldaba su accionar, o le exigía un accionar que va contra sus valores o creencias?

6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?

7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?

8) ¿La institución tiene algún protocolo de acción específico, para los posibles casos denuncias obstétricas?

9) ¿Alguna vez experimento de cerca casos de violencia Obstétrica?

10) ¿Qué piensa usted que debiera hacer un profesional ante una denuncia?

11) ¿Conoce casos de violencia obstétrica en otras instituciones?

12) ¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?

13) ¿Le gustaría dar alguna otra opinión u observación al tema del que hemos conversado?

Muchas gracias por su colaboración

CONTEXTO Y PERIODO

MARCO INSTITUCIONAL:

El objetivo de la política de salud provincial es transformar las condiciones de salud de la población articulando todos los recursos y servicios de las instituciones públicas, de la seguridad social y del subsector privado.

Llaya (2007), sostiene que el objetivo de las políticas en torno a la salud, es la de poder transformar con las mismas las condiciones de salud de la población, logrando una articulación de todos los recursos con los que cuenta un Estado, es decir de instituciones públicas, la seguridad social y el subsector privado.

El Sistema de Salud de la Provincia de Salta está compuesto por cuatro niveles de atención, el cuarto lo representa el hospital de alta complejidad que posibilita resolver la totalidad de los problemas de salud de la población. La Provincia de Salta cuenta con el hospital de acceso gratuito *Hospital Público Materno Infantil*; lugar seleccionado donde se llevó a cabo la investigación.

Dicho nosocomio, es un hospital público con un nivel de complejidad IV. Se escribió el proyecto del Hospital Público Materno Infantil de la Provincia de Salta en el año 1997 cuando asumía la jefatura de gobernación Roberto Romero. En el año 2000 se remodela, y el 20 de abril de 2001 tuvo lugar el traslado.

A finales del 2009 se incorpora al Hospital el área de pediatría, recibiendo el traslado del servicio del hospital Niño Jesús de Praga. A partir de ese momento pasa a llamarse HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL, y un año después el gobierno a cargo, toma la decisión de modificar el modelo de gestión privada a gestión pública. (Guaimás, 2016)

La carta de servicios del HPMI afirma que su misión es brindar asistencia integral a las mujeres en su proceso de embarazo, parto y posteriormente. Cuenta con aparatos de alta complejidad y profesionales capaces de tratar diferentes enfermedades en niños y adolescentes.

Participa en la prevención y promoción de la salud y se llevan a cabo actividades de investigación.

En cuanto a su Visión: busca ser una Institución que trabaje de forma armoniosa y consolidada en una cultura organizacional propia:

- a. Maternidad segura y centrada en la familia, respetando los derechos de la mujer y el niño o niña.
- b. Cuenta con sector de atención en diferentes especialidades pediátricas.
- c. Brindan enseñanza perinatal y pediátrica, atendiendo la misión del Hospital.
- d. Con el propósito de reducir los indicadores de mortalidad materno infantil.

Cuenta con 445 profesionales de la salud, 603 personal de enfermería, 113 residentes, 196 administrativos, 236 servicios generales y 160 técnicos. 220 camas para sector perinatología, 212 camas para sector pediátrico. Quirófanos: 11 en total, 5 en bloque central, 4 pediátrico, 2 obstetricia. 9 unidades de parto y recuperación. Consultorios externos: 52, para pediatría 32, para perinatología 20. Y finalmente 3 ambulancias. (Gobierno de la Provincia de Salta, 2016)

Centrándonos específicamente en la temática de esta investigación, es decir en lo referente al área obstétrica, el Hospital Público Materno Infantil de la Provincia de Salta cuenta, en la actualidad con 33 médicos/as obstetras que ocupan los sectores de: planta baja (urgencias, guardia y consultorios), 1° piso (para asistencia a partos) y 2° piso (patologías y diabetes).

En relación al sector de guardia, esta es llamada CRIBADO que proviene de “cribar” que significa seleccionar, separar. Lo que se hace en el CRIBADO es detectar aquellas pacientes que están en trabajo de parto, con todas las características que llevan a decir que está en trabajo de parto: contracciones, dilatación, etc. Si en dicha evaluación se considera que la paciente está en labor de parto efectivamente, es trasladada al 1° piso; allí se utiliza como guía de acción un partograma. A través de dicha guía se puede realizar una valoración de la conducta de la paciente en un tiempo determinado, pudiendo así observar si va evolucionando o no, si se debe aplicar medicación o acciones terapéuticas necesarias.

En caso de que se presente alguna complicación, tanto para la madre como para el bebé por nacer, se presenta el traslado al 2° piso, que es el área donde se atienden dichas complejidades.

Durante la investigación además se pudo recabar información en torno a la posición epistemológica del Hospital frente a la maternidad. En el año 2001, cambia el viejo paradigma de atención de “Maternidad Tradicional” para iniciar con el paradigma de “Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF). Esta consiste en promover la participación activa de la mujer y la familia a lo largo de todo el proceso de atención del embarazo, parto y posteriormente el seguimiento del recién nacido. Este mecanismo es indispensable para el binomio: madre-hijo.

Por último, todos los datos acerca de la madre y del niño quedan registrados mediante sistemas informáticos, y protocolos, que permiten al hospital contar y llevar registro de toda la información y detalle que permitan tener una apreciación completa de la situación pre y post parto de la madre y gestación y nacimiento del bebe.

En cuanto al periodo en el cual se desarrolló esta investigación, la aplicación de las entrevistas y posterior análisis inició en el mes de Febrero del año 2019 y finalizó en el mes de Septiembre del año 2019.

RESULTADOS

Análisis Observacional de los Datos:

El inicio de esta tarea investigativa tuvo varios desafíos, que satisfactoriamente fueron de a poco, muchos de ellos, vencidos. Cada uno de ellos fue útil para poder lograr una mejor comprensión sobre el fenómeno estudiado; sobre todo del contexto del cual emerge.

Dentro de las principales dificultades atravesadas, casi todas estuvieron relacionadas con cuestiones administrativas que hacen a la institución. Que a medida que se fueron planteando, permitieron comprender que existe (en la institución) mucho temor a quedar expuestos al fenómeno que se investigó. Esto condujo a que se debieran hacer ciertas correcciones, observaciones, y a que se demorara la toma de las entrevistas.

Cabe aclarar que cada uno de los aportes por parte de los/las profesionales que supervisaron, evaluaron y corrigieron el proyecto de investigación, fueron tomados en

cuenta en la medida de lo posible, siendo un gran aporte en materia de conocimiento. Por ejemplo se pudo comprender que al momento del parto, hay todo un equipo trabajando en conjunto, no solamente el/la médico/a obstetra; por lo que la posible situación de violencia obstétrica no solo puede ser ejercida por el/la médico/a, sino por todo el personal, específicamente por el cuerpo de profesionales que atienden el parto.

El hospital cuenta con una población total de 10 médicos/as residentes y 33 médicos/as obstetras de planta, formando parte de la muestra ya que cumplían con uno de los criterios de selección (tener una experiencia mínima de 5 años en el cargo). Sin embargo, al momento de llevarla a cabo, 6 médicos se encontraban de licencia, impidiendo la posibilidad de tener contacto con los mismos para ser entrevistados. Por otra parte de los restantes profesionales en función, 7 de ellos no desearon formar parte de la investigación; quedando como resultado una muestra conformada 20 profesionales.

De los/las médicos/as entrevistados, se pudo observar una muy buena predisposición a participar. Dada la experiencia que la parte administrativa, se supuso que los médicos/as se mostrarían más reticentes a hablar del tema investigado, sin embargo en ningún momento se notó incomodidad o desconformidad, ya que como mencionaron algunos, siempre que se habla respecto a Violencia obstétrica, nadie les pregunta o se interesa por lo que les pasa a ellos o cómo piensan.

En el transcurso de las entrevistas se logró observar una diferencia notable entre los médicos de mayor antigüedad que se iniciaron prácticamente con el hospital bajo el mecanismo de “Maternidad Tradicional” y que más tarde tuvieron que amoldarse en el año 2001 al nuevo hospital con el mecanismo de “Maternidad segura y centrada en la familia”. Comentando que de los principales desafíos de cambio fue el tener que cambiar el estar solos médico-paciente, a tener que asistir a una mujer en trabajo de parto con la presencia de un familiar o acompañante; mostrando en muchos casos hasta desconformidad.

Se pudo observar un equipo de trabajo muy organizado; llevan un control y registro de todas las tareas que realizan y de los datos que van obteniendo durante la atención tanto de la madre como del bebé. Para ello utilizan protocolos claramente establecidos; aun si tuvieran alguna emergencia, si surgiera alguna complicación y ellos debieran correrse de ese protocolo para salvar al binomio: “madre-hijo” lo hacen, y también lo registran. Todo queda registrado en el SIP (Sistema Informativo Perinatal), formando una base de datos.

Con respecto a la información obtenida durante el proceso de las entrevistas, se pudo lograr que respondieran todas las preguntas, sin embargo la toma de las entrevistas debieron ser interrumpidas en varias ocasiones para continuar luego de que el/la médico/a se desocupara de alguna urgencia que surgiera.

Por otro lado se pudo notar en las respuestas que a muchos de ellos les resulta difícil dar ejemplos claros de situaciones, o reflejar experiencias concretas, dificultando así poder observar con mayor claridad el aspecto Figurativo de la representación social que poseen sobre la violencia obstétrica.

En cuanto a la información obtenida en el proceso de las entrevistas, se pudo lograr una aproximación a las experiencias comunes y diferentes de los médicos/as obstetras entrevistados en relación a la violencia obstétrica. Conociendo ampliamente el contexto del cual emerge a partir de la labor que implica el ejercicio de su profesión.

A los efectos de poder plasmar dicha información de manera organizada, se realizó un análisis cualitativo e interpretativo de las entrevistas, clasificándolas en un cuadro de doble entrada que facilita la lectura de las mismas.

Así también, para una mejor organización e interpretación de la información; se distribuyó de igual manera y contenido la información en 2 cuadros, pero permitiendo agrupar a los participantes de 10 en 10, reflejando la información obtenida de cada sujeto entrevistado. Esto se realizó de esta manera con el único propósito de facilitar la lectura de las categorías analizadas; distribuyendo así a los primeros 10 sujetos entrevistados en el primer cuadro, y los sujetos 11 al 20, en el segundo.

Por último, con el propósito de poder distinguir los aspectos Valorativos, Cognitivos y Figurativos de las representaciones sociales que se pudieran obtener a través de las respuestas, se clasifico a las mismas de la siguiente manera para el posterior análisis:

ASPECTO VALORATIVO	ASPECTO COGNITIVO	ASPECTO FIGURATIVO
Preguntas que permiten ver el factor emocional en torno a su trabajo. Desempeño, relación institucional y su profesión	Preguntas que reflejan la información entorno al que hacer médico, rol y protocolos de acción, leyes y todo lo referente a violencia obstétrica	Centrado sobre todo en el quehacer médico. Las experiencias en torno a su función como médicos/as obstetras y experiencias propias en torno a casos de violencia obstétrica, y del trabajo en general.
PREGUNTAS: 2,3,5 Y	PREGUNTAS: 4,7,8 Y 11	PREGUNTAS: 6, 9, 10 Y 12

Dimensiones

El análisis observacional de los datos se dividen en tres dimensiones que si bien están articuladas, se las analizarán de manera independiente por una cuestión de organización.

Estos son los componentes de las Representaciones Sociales: Valorativa, Cognitiva y Figurativa.

Si... hay situaciones en las que uno se siente un poco más vulnerable...

Como se mencionó anteriormente, las representaciones sociales son una forma de conocimiento. De las dimensiones que poseen las representaciones sociales, la primera, el Aspecto Valorativo (es la actitud) las preguntas que permiten apreciar este aspecto son aquellas que reflejan el factor emocional en torno: a su rol como médico y la relación con la violencia obstétrica. Mediante las preguntas en relación a dichos factores fue posible apreciar el carácter dinámico que orienta el comportamiento de los profesionales entrevistados hacia la temática investigada.

Remitiéndonos a la construcción teórica de esta investigación podemos recordar que:

“La actitud consiste en una estructura particular de la orientación en la conducta de las personas, cuya función es dinamizar y regular su acción. Es la orientación global positiva o negativa, favorable o desfavorable de una representación”. (Araya Umaña, 2002, p. 39)

Teniendo en cuenta lo citado podemos observar que de los resultados obtenemos una actitud por parte de los médicos/as entrevistados desfavorables en la sensación que poseen de sentirse no valorados por la Institución en donde se desempeñan. Sobre todo en lo relacionado a la violencia obstétrica; remitiéndose por tanto a una valoración en torno a las normativas y protocolos que regulan la práctica profesional y los derechos de la paciente. Podríamos decir que esta emoción podría orientar a conductas de rechazo o disconformidad a nivel afectivo en cuanto a las relaciones interpersonales de jerarquía y manejo Institucional. Cabe destacar que así también se encuentra una valoración positiva en cuanto a la representación de lo que si mismo es una norma Institucional; es decir no están en contra de los protocolos que regulan sus prácticas, pero disienten en algunos aspectos de la misma pero sobre todo en como son puestos en práctica.

A continuación se citan como ejemplos algunos de las verbalizaciones obtenidas como respuestas que reflejan dicho aspecto valorativo en relación a las normas institucionales:

Si... hay situaciones en las que uno se siente un poco más vulnerable o en la que se siente un poco más desprotegido por la Institución. No por el servicio, más que nada por la Institución en general.

Eh, nosotros por ahí estamos más expuestos en esta profesión y ante ciertos eventos adversos principalmente litigios, la Institución no se hace cargo de esas situaciones. O sea, es el médico que está solo y responde por el mismo ante una situación cual haya sido que lo lleve a juicio, o una situación que amerite quizás una defensa. La Institución no te defiende. Y ya es el médico el que tiene que hacer la defensa propia. (Sujeto 1, 38 años)³

En la minoría de los entrevistados se pudo encontrar una aceptación y valoración positiva en cuanto a sentirse respaldados por la Institución en su rol como profesionales y en las contingencias que pudieran presentarse frente a los casos de violencia obstétrica.

No. Ellos respaldan todo. Acá no nos llega nada. (Sujeto 2, 62 años)

³ Todas las entrevistas a los sujetos se encuentran en el anexo, pp 130-174

No. Si te respalda. Acá si te sentís (...) eh si te respalda, (...) si te cuida. En tu accionar y si podes trabajar tranquilo porque si tenes respaldo por parte de ellos. Es como toda una unidad, está el servicio, lo administrativo, la gerencia. Si tenes, en el hospital, respaldo para trabajar y lo podes hacer con libertad.

No es lo mismo trabajar con miedo a equivocarse y saber que nadie te va a cuidar, a trabajar tranquilo. Y no sé si equivocarte, porque “las buenas acciones a veces no traen buenos resultados” uno puede actuar bien pero no te garantiza un buen resultado materno como fetal. A veces hay resultados que, situaciones que escapan a la realidad; que están previstas, que pueden suceder y ante todo eso si estas respaldado siempre. (Sujeto 10, 32 años)

Subcategoría: Opinión de las normas Institucionales

En este sub grupo de categorías, todos los/las médicos/as coinciden que las normas establecidas por la institución son correctas o más bien funcionales al quehacer médico/a.

Los/las entrevistados aquí opinan que las normas institucionales son correctas y funcionales. Algunos de ellos, con mayor antigüedad en el Hospital, sostienen que antes eran más exigentes y más útiles, sobre todo porque no se hacían procedimientos y gastos innecesarios.

Finalmente, una minoría, no se siente de acuerdo con ellas, y poseen una postura negativa, ya que sienten que no son protegidos, y que la falta de personal es una de las mayores dificultades a las que se enfrentan día a día como profesionales y quipo de trabajo.

“Una forma de adaptación” (Sujeto 1, 38 años)

“... estoy conforme... podría haber algunas cuestiones con las que no estoy muy de acuerdo” (Sujeto 6, 33 años)

Subcategoría: Como facilitar el rol del/la médico/a

En esta categoría se pudo observar una posición de necesidad valorativa. La mayoría de los/las médicos/as entrevistados coincide en que para poder mejorar o facilitar el rol del/la médico/a, es necesario que se respete al médico en su profesión. Rol que en los últimos años se ve desvalorado por la sociedad.

También, reflejan no sentirse a gustos con la sobrecarga laboral, solicitando que se agregue personal para lograr atender a tanta gente que llega al Hospital.

Una minoría considera que las pacientes tienen la posibilidad de quejarse, pero en el caso de los/las médicos/as se quedan callados, continúan con sus obligaciones, con el seguimiento de sus pacientes; y no reclaman, no se quejan o no hacen el descargo. Sin embargo, a la hora de atender a una paciente, todos realizan el detalle paso a paso desde su ingreso hasta la salida con él bebé.

Con respecto a la percepción de su rol como profesionales de la salud, y de cómo se los podría mejorar, la mayoría de los/las entrevistados/as consideran que el principal obstáculo es la falta de respeto, hay una necesidad emocional de ser tenidos en cuenta y respetados en su rol como profesionales.

Otros manifiestan que es necesario una constante revisión de las exigencias y protocolos, para estar en concordancia con los tiempos que corren.

“Que se nos respete esperamos a veces que la Institución nos cuide” (Sujeto 4, 65 años)

“En algunas situaciones si y en otras no tanto. Pero ante estos casos de denuncias si, si nos resguarda. Hay hasta abogados acá” (Sujeto 7, 50 años)

Subcategoría: Falta de Respaldo Institucional

En esta subcategoría es donde se puede observar mayor antagonismo, es decir que la mitad de los/las médicos/as manifiestan sentir respaldo total o parcial por la Institución. No obstante, la otra mitad comenta sentirse totalmente desprotegido en sus necesidades por parte de la Institución. Mostrando una posición desfavorable en cuanto a la valoración en torno la relación institucional.

“Hay situaciones en las que uno se siente un poco más vulnerable” “la Institución no se hace cargo” (Sujeto 1, 38 años)

“Si tenes, en el hospital, respaldo para trabajar y lo podes hacer con libertad”
(Sujeto 10, 32 años)

Subcategoría: Opinión Personal

Finalmente, en cuanto a las opiniones personales, se puede interpretar que la mayoría posee una valoración frente a la temática desfavorable, puesto manifiestan sentimientos de no ser considerados o tenidos en cuenta y respetados.

Expresando sensaciones de injusticias o reduccionismo en la protección solo de las pacientes sin tener en cuenta a los/las médicos/as obstetras.

“No creo que ningún médico se levante pensando en ejercer violencia o maltrato. Si ocurre es inconsciente” (Sujeto 1, 38 años)

“A nosotros nunca nadie nos preguntó cómo vivimos, como la pasamos y lo que pensamos... nunca me preguntaron cómo me sentía. Y a veces te molesta” (Sujeto 3, 41 años)

“Que se debería unificar las dos partes y no considerar sólo el lado de la paciente” (Sujeto 7, 50 años)

... la violencia por parte del médico a la paciente y bebe por nacer. Es la que se ejerce de alguna manera verbal y física...

El Aspecto Cognitivo (es la Información) son preguntas que reflejan la información en torno al quehacer medico/a, rol y protocolos de acción, leyes y todo lo referente a violencia obstétrica. Esta dimensión da cuenta de los conocimientos que poseen una persona o grupo sobre un objeto o situación determinada.

Remitiéndonos a la construcción teórica de esta investigación podemos recordar que:

“Se puede distinguir la cantidad de información que se posee y su calidad, en especial, su carácter más o menos estereotipado o prejuiciado, el cual revela la presencia de la actitud en la información”. (Araya Umaña, 2002 p.40)

La investigación se realizó en el Hospital Público Materno Infantil de la Provincia de Salta. Cuentan con un área donde se reciben las urgencias, llamada CRIBADO, donde se recibe a la mujer embarazada, se la revisa, toman los signos vitales y fetales. Si está en trabajo de parto, contracciones o lista para tener al bebé es llevada al 1° piso donde se seguirán los protocolos de acción, paso a paso, para recibir a ese bebé. En caso que se presentara alguna patología, como HIV, diabetes, entre otras, es llevada al 2° piso donde será asistida durante todo el proceso de parto.

En las 3 áreas los/las médicos/as cumplen y se guían por el protocolo de acción de la Institución. El cual en la mayoría de las entrevistas detallan todos de la misma manera el proceso desde que ingresa al Hospital Público Materno Infantil con trabajo de parto, todo el proceso y aun la salida.

Bueno, lo primero que hacemos es recibir la admisión, desde el vamos que es abajo. Lo que hacemos en CRIBADO es realmente detectar aquellas pacientes que están en trabajo de parto, con todas las características que llevan a decir que está en trabajo de parto: sea contracciones, dilatación, valoramos todo eso. Y si después de eso, asumimos que si está en trabajo de parto. Es llevada al 1 piso y nos guiamos a partir de un partograma que tenemos que lo que hacemos es valorar conductas en un tiempo determinado y viendo si va evolucionando o no, aplicando medicación o terapéuticas si son necesarias. Y este, eh para terminar en un parto favorable.

En caso de que se complique o pase algo, o este, u ocurra algo que este dentro la contemplación nuestra para finalizar de otra manera, de otra vía. Porque acá en el hospital siempre priorizamos lo que es el parto respetado. Y en caso que no se pueda o la paciente misma no quiera, bueno se finaliza por cesárea. (Sujeto 6, 33 años)

Cabe destacar que en su quehacer médico/a siempre tienen presente la responsabilidad del binomio: madre-hijo. El bebé es una vida y también participa. Siguen un protocolo reglado por la Institución, que queda registrado en la Historia Clínica de cada paciente. Para llevar un registro de los datos de la madre que ingresa al Hospital y el niño por nacer utilizan el CLAP/SMR (Centro Latinoamericano de Perinatología/ Salud de la Mujer y Reproductiva) que creó el SIP (Sistema Informático

Perinatal) el cual está conformado por: la Historia Clínica Perinatal (HCP), el Partograma y el Carné Perinatal (CP). Todo queda registrado en una base de datos para el Hospital. Los datos clínicos quedan registrados, desde la gestación hasta el puerperio. Donde se registran los datos básicos de: nombre- apellido, edad, fecha de nacimiento, estado civil, lugar del control prenatal; antecedentes familiares, personales y obstétricos (gestas previas, abortos, nacidos vivos, nacidos muertos, embarazo planeado, entre otros). Gestación actual (peso, talla, fecha de última menstruación, fecha probable de parto, entre otros). El uso o consumo de drogas, alcohol, violencia. Hasta el mínimo detalle de la paciente y el niño por nacer, son registrados.

Subcategoría: Rol del/la médico/a frente al parto

A pesar de la notoriedad que va cobrando el tema de la Violencia Obstétrica, poco o nada se sabe de la posición que toman en relación a la temática; y como defienden su labor como médicos/as obstetras ante una acusación.

Menéndez (1988) expresaba que la relación profesional- paciente, implicaba una relación de subordinación; como un sometimiento al propio sistema de salud, en el cual se debían aceptar sus métodos o técnicas. Lo que explica, que es una relación donde se resalta el rol activo del médico y un rol pasivo por parte de la embarazada.

Es importante resaltar que dentro de la sala de parto, el médico se encuentra cumpliendo su función, siguiendo el paradigma médico/a frente a los pacientes y los familiares de los mismos.

Todos los/las médicos/as entrevistados aquí muestran buen manejo sobre el conocimiento de las intervenciones y protocolos de acción como profesionales dentro de su rol como obstetra. Se puede observar cierta mecanización de ese conocimiento, internalizando casi de manera mecánica sus tareas; es por esto que no realizan ningún relato en detalle sobre las mismas.

Cabe destacar que la base del aspecto cognitivo versa sobre los protocolos específicos del Hospital Público Materno Infantil.

“Recibimos a las mamás con trabajo de parto en el CRIBADO, ahí es donde se le toman los datos y se realiza el ingreso correspondiente” (Sujeto 5, 70 años)

“Ingresa por la guardia... el CRIBADO, ahí se hace el ingreso, se la revisa, se toman los datos necesarios que van a quedar en su historia clínica, ya en una base de datos. Si todo está en orden es llevada al 1ª piso...si hubiera alguna complicación es llevada al 2ª piso” (Sujeto 14, 48 años)

Subcategoría: Qué es la Violencia Obstétrica

El concepto de violencia ha cambiado a lo largo de la historia de la humanidad, y esto se debe a que dichos conceptos son en función de la comprensión de la realidad que posee cada sociedad en un determinado momento histórico y cultural. Hoy en día, se entiende que el género es una construcción social.

La OMS considera la violencia como un problema central de la Salud Pública. Por esto, es una responsabilidad del Estado garantizar el derecho a la Salud. (OMS, 2002)

El género es un concepto moderno que busca eliminar las discriminaciones que surgen al hacer referencia al sexo biológico. Tiene que ver con los roles, los comportamientos aprendidos en la sociedad, en el grupo social donde se relaciona cada persona, condicionando a los miembros de la misma a aceptar algunas conductas o actitudes como masculinas y femeninas.

Se considera desigualdad de género cuando las personas a las que se les atribuye un género (en general el femenino) no pueden acceder a posibilidades sociales de igual nivel que los del otro género (masculino).

La violencia Obstétrica, es una de las tantas caras de este tipo de violencia. En los últimos tiempos y con mayor frecuencia, se dieron a conocer denuncias y noticias sobre casos de violencia obstétrica. Por otra parte, la Ley N° 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2009), fue promulgada con el objetivo principal de regular y eliminar todo tipo de discriminación entre hombres y mujeres, asegurando el derecho a todas las mujeres de vivir sin violencia, y la de brindar asistencia integral a aquellas mujeres que hayan padecido violencia.

En el artículo 6° de la misma, encontramos que se define a la violencia obstétrica como: “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos

reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”.

Teniendo en cuenta lo citado podemos observar que todos los/las médicos/as entrevistados logran reflejar conocimientos acerca de lo que es la violencia obstétrica, algo que fue aprendido tal y como se les fue informado, y así lo repiten. Comentando que recibieron charlas en las cuales se les informa como deben dirigirse a la mujer embarazada y al niño por nacer.

Solo una minoría logra reflejar la posición que adoptan frente a ese conocimiento, y que muestra la representación social en sí que se formaron sobre la Violencia obstétrica, viéndola como el resultado de un accionar considerado hasta no hace mucho natural e inofensivo. Cuestiones que eran cotidianas e involuntariamente ofensivas, como por ejemplo usar términos afectivos o diminutivos, en remplazo del nombre. O como así también ante la urgencia de ejercer su rol, tomar decisiones o acciones y que ahora necesitan el consentimiento y la total comprensión por parte de la paciente; y esto no siempre es posible, por la urgencia o malestar de la paciente.

Violencia del personal que trabaja en el ámbito de la salud hacia la paciente que viene o ingresa, desde el momento que llega hasta en el post. Pero hay que ver como lo interpreta cada uno. Hay que fijarse y ser prudente. (Sujeto 9, 37 años)

Y (...) yo creo que es, la violencia obstétrica, yo creo que es referida a la atención de la paciente obstétrica embarazada, seria no respetar su decisión ante como quiere finalizar su embarazo, en cuanto a con quien quiere estar acompañada, en cuanto a no respetar algo cuando vos tomas una decisión y ella no está de acuerdo, es lo mismo que no respetarla. Hacer algo en contra de lo que ella desea. Siempre y cuando esa posición, eh, esa posición que está decidiendo no afecte contra su vida. Porque muchas veces, vos tomas una determinación y la persona te puede decir que no quiere pero vos sabes que si vos no actúas, sea, puede tener un mal resultado. Entonces en esas situaciones vos si podes, me entendes, actuar porque bueno si estas respaldado. Legalmente e institucionalmente vas a estar respaldado porque vos has hecho lo que se debía hacer. Por eso te digo, hay situaciones donde vos tenes un bebe

que viene mal o algo y la madre no quiere porque tiene miedo a la cesárea pero bueno, vos tenes que explicar los riesgos los pro y los contra.

(...) Tenes que actuar, no contas con el consentimiento de la paciente. Pero en general en lo que es la atención al parto si respetamos. (Sujeto 10, 32 años)

“...es la violencia por parte del médico a la paciente y bebe por nacer. Es la que se ejerce de alguna manera verbal y física” (Sujeto 13, 41 años)

“...es la violencia que se ejerce sobre la mujer embarazada, durante todo el proceso de parto y aun posteriormente” (Sujeto 17, 36 años)

Subcategoría: Protocolo de acción frente a una denuncia

En cuanto a los protocolos o mecanismos de acción que deben poner en acto en caso de que suceda una denuncia por violencia obstétrica, llama la atención que la mayoría de los/las profesionales no poseen un conocimiento claro al respecto. Si bien, algunos suponen que debe de existir, suponen que es manejado por la gerencia y para la protección de la Institución, no para el resguardo del/la profesional.

Si todos tienen conocimiento que hay un sector de mediación en la Institución donde se encuentra un abogado.

“Supongo que sí, pero no tuve que ponerlo en práctica” (Sujeto 11, 31 años)

“Creo que sí. No sé. Pero acá hay un centro de mediación” (Sujeto 16, 31 años)

“Supongo pero nunca me propuse investigar ni saber. Yo vengo y cumplo con mi trabajo” (Sujeto 20, 62 años)

Subcategoría: Casos de Violencia Obstétrica en otras Instituciones

En su mayoría, los/las entrevistados, no poseen conocimiento sobre casos, que den cuentan de violencia obstétrica. Solo algunos manifiestan haber escuchado sobre el tema, sin dar detalles concretos que fue considerado un acto violento. Mientras que la

minoría, logra explicitar conocimientos sobre lo que puede ser considerado casos de violencia, y todos tienen que ver con llevar a cabo acciones propias al rol del/la médico/a obstetra; pero no poner en conocimiento a las pacientes con antelación sobre los mismos.

“”No ” (Sujeto 12, 43 años)

“No ” (Sujeto 14, 48 años)

“Escuche de noticias. Pero nada certero ” (Sujeto 19, 48 años)

Yo tuve una experiencia bastante desagradable en la guardia de obstetricia atendiendo a una paciente...

Finalmente, Aspecto Figurativo (que es la Representación) centrado sobre todo en el quehacer médico/a las experiencias en torno a su función como médicos/as obstetras y experiencias propias en torno a casos de violencia obstétrica, y del trabajo en general. Este aspecto se refiere al orden y jerarquía que obtienen los contenidos de las representaciones sociales. Está compuesta por las cogniciones que le asignan un significado al resto de los elementos.

Cuando el objeto ausente se hace presente mediante una representación, esto es la imagen asociada a los deseos, expectativas y sentimientos que proyectan las personas de la realidad; conformándose de este modo el aspecto simbólico.

En cuanto a las dificultades a las que se han enfrentado fuera del proceso mismo de parto, resaltan las respuestas en cuanto al factor TIEMPO, la responsabilidad del binomio: madre-hijo, y la impaciencia y el nerviosismo del acompañante, que en ocasiones no permite trabajar al profesional.

Nos olvidamos que somos, él bebe escucha. Hay que darle bola al bebe. Hay demasiada gente y pocos médico; se tiene que trabajar en la relación médico-paciente el factor TIEMPO. En la pregunta fundamental “¿En que lo puedo ayudar?”. El medico se olvida del bebe; nosotros nos olvidamos del bebe y por eso es importante la relación médico-paciente. (Sujeto 2, 62 años)

Con las personas que acompañan. Considero que ponen más nerviosa a la mama y eso dificulta el proceso. A veces se ponen hasta violentos. (Sujeto 3, 41 años)

Y a muchas, porque como yo te contaba, esta todo normal con la paciente y su bebe vuelves a los 10 minutos a controlar y ya tenes que sacarlo al bebe porqué algo paso y corren riesgo. Miles de cosas pueden pasar. (Sujeto 19, 48 años)

Por otro lado, se observó durante las entrevistas que en la repregunta: “¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?”, en todos los casos la respuesta fue SI, relatando en muchos casos situaciones en las cuales sufrieron violencia verbal y hasta física por parte, principalmente, de los acompañantes. No obstante, justifican a la madre que está esperando a su bebe, el cual es un momento de vulnerabilidad, doloroso, hormonal. No así el accionar muchas veces violento y entorpecedor del acompañante o familiar.

Siiii... familiares. Yo tuve una experiencia bastante desagradable en la guardia de obstetricia atendiendo a una paciente donde, estando yo con una paciente dentro del consultorio el familiar de otra paciente que estaba esperando afuera nos pateó la puerta; entro mientras la mujer estaba desnuda, mientras le estábamos haciendo un examen. Exigiendo que se la atienda a su señora, y bueno... la verdad que fue muy desagradable.

Si... te da miedo, temor porque a la misma paciente que estaba siendo atendida en ese momento, eh, es una situación de vulnerabilidad. La verdad que desagradable. (Sujeto 1, 38 años)

Siempre, pero es entendible que duele, que llegan con dificultades algunas, que están con las hormonas a mil. Y todo el contexto. La familia o el acompañante muchas veces no suele ser de gran ayuda. (Sujeto 2, 62 años)

Subcategoría: Dificultades al proceso de parto en sí

De entre las experiencias significativas que dificultan el rol del profesional obstetra se encuentran aquellas que tienen más que ver con la falta del cuidado de las mismas pacientes, que generan complicaciones. Y por otro lado el mismo hecho de tener a su cargo la responsabilidad de atender y salvar dos vidas. No obstante, no logran relatar experiencias o situaciones concretas.

“A muchos, como en la mayoría no se hacen los controles, ellas siguen con su vida normal. es más hay casos donde se enteran tarde que están embarazadas” (Sujeto 9, 37 años)

Subcategoría: Experiencia Personal de Violencia Obstétrica

La mayoría de las personas entrevistadas no manifiestan experiencias propias sobre violencia obstétrica.

Los pocos relatos que fueron ofrecidos por parte de los/las médicos/as, consistieron en experiencias de terceros, y resaltando que las situaciones que fueron denunciadas o acusadas como violencia, en realidad dan cuenta de una mala interpretación por parte de la paciente, o de la exaltación emocional propia del momento que atraviesa la paciente.

“Vi casos, pero de compañero. Uno puede ejercer violencia sin darse cuenta... brindar poca información por el hecho de estar apurado. Tratar de terminar el trabajo más rápido por el hecho de estar agotado, cansado” (Sujeto 1, 38 años)

“Hay un caso que salió en los diarios de una chica hace la denuncia...ella percibió e involucro hasta al camillero. Y en ese momento que esta vulnerable todo puede ser considerado violento” (Sujeto 6, 33 años)

Subcategoría: Que hacer frente a una denuncia

Se pudo observar que cada médico/a apoyados en sus experiencias pero sobre todo en sus conocimientos, manifiestan que ante situaciones de denuncia, consideran necesario en primer lugar analizar la situación en particular y poder discutir al respecto, ya que consideran que la mayoría de las veces, las acusaciones suelen ser infundadas y producto de malas interpretaciones de las pacientes o los familiares. En la minoría de los casos, plantean desconocer que deberían hacer, más que seguir los protocolos de la Institución, como ser el llevar registro de todo y hacer un descargo sobre los hechos acontecidos.

“Mostrar el protocolo, nosotros dejamos todo acá por escrito... la madre tiene todo el derecho a pedirnos que protocolo hicimos” (Sujeto 14, 48 años)

“Analizar las situaciones, nosotros dejamos todo acá por escrito así que habría que ver” (Sujeto 16, 31 años)

Subcategoría: Experiencias de recibir maltrato

En esta subcategoría se puede observar una total coincidencia en cuanto a las experiencias de los/las profesionales quienes reciben maltrato, tanto por la paciente como por el familiar o acompañante, que por ignorancia o desesperación entorpecen la labor del médico al punto de ser violentos verbal y físicamente con los profesionales tratantes.

“Yo entro a una sala de parto porque había una mamá primigesta y gritaba, entro a verla y la pareja que estaba con ella la insultaba... le digo que se tenía que retirar... él se molestó y me gritó. Me amenazaba, me gritaba. Yo seguí igual” (Sujeto 18, 39 años)

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS DATOS:

CATEGORÍA	SUB CATEGORÍA	Unidad de análisis										CONCLUSIÓN
		Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	Sujeto 8	Sujeto 9	Sujeto 10	
ASPECTO VALORATIVO	OPINIÓN DE LAS NORMAS INSTITUCIONALES	“Una forma de adaptación”	“Están bien las normas de la institución”	“Están bien, a nosotros de arriba no nos molestan”	“...están bien”	“...estoy conforme... podría haber algunas cuestiones con las que no estoy muy de acuerdo”	“...están hechas con medicina basada en evidencia, así que en ese aspecto estamos bastante bien”	“Están bien, yo mismo cree el modelo de este hospital”.	“Están bien”	“Bien. Por ahí que se yo, habría que modificar como para actualizarlos”	En este sub grupo, todos coinciden que las normas establecidas por la institución son correctas o más bien funcionales al quehacer médico.	

												En muy pocos casos se puede apreciar que hay un leve sentimiento de disconformidad con algunos aspectos de las mismas.
		“...mirando siempre las dos partes”	“Siempre se puede mejorar, es difícil para esta sociedad respetar nos”	“...agregando más personal...no damos abasto con tanta gente”.	“Que se nos respeta esperamos a veces que la institución nos cuide”	“...que comience n por respetarnos”	“Mayor personal. Somos muy pocos para tanta gente que llega”	“más profesionales, porque también las guardias son interminables”	“No contesta”	“Comenzando por respetar nos, que es lo que le falta a la gente”	“Que comience en por respetar nos, todos, paciente y familiares”	En esta categoría se puede percibir una clara posición de necesidad valorativa. La mayoría coincide en que para poder mejorar o facilitar el rol del

	COMO FACILITA R EL ROL DEL/LA MÉDICO/A											médico, es necesario que se respete al médico en su profesión. Por otro lado reflejan que no se sienten a gusto con la sobrecarga laboral, por lo que necesitan que se agregue personal como un método de solución o de mejora en el que hacer médico.
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	FALTA DE RESPALDO INSTITUCI ONAL	“hay situaciones en las que uno se siente un poco más vulnerable” · “la Institución no se hace cargo”	“Ellos respaldan todo”	“No estuve en una situación así”	“La institución no respalda nada, te da rabia que te quieren imponer lo que ellos quieren”	“Siento que no nos respalda”	“...hay situaciones en donde vos sentís que no te respalda ...no te dejan la libertad de decir que esperemos”.	“En algunas situaciones es si y en otras no tanto Pero ante estos casos de denuncia si, si nos resguarda. Hay hasta abogado acá.”	“...a veces no respaldan”	“me siento protegida”	“Si tenes, en el hospital, respaldo para trabajar y lo podes hacer con libertad”	En este aspecto es en donde se puede observar mayor antagonismo, es decir la mitad de ellos manifiesta sentir respaldo total o parcial por la institución; mientras que la otra mitad comenta sentirse totalmente desprotegido en sus necesidades por parte de
--	---	---	------------------------	----------------------------------	--	------------------------------	--	---	---------------------------	-----------------------	--	--

												la institución. Muestran una posición desfavorable en cuanto a la valoración en torno la relación institucional.
	OPINIÓN PERSONAL	“...no creo que ningún médico se levante pensando en ejercer violencia o maltrato. Si ocurre es inconsciente”	“...les tenemos que enseñar a ustedes respeto, paciencia y compromiso. Nos pese o no	“...a nosotros nunca nadie nos preguntó cómo vivimos, como la pasamos y lo que pensamos ...nunca me preguntaro	“...para hablar de leyes primero informamos y conocemos desde adentro. A la gente	“No gracias, suficiente”	“Que con este trabajo nos ayudas así nos respetan un poco más. Principalmente la institución, los	“Que se debería unificar las dos partes y no considerar solo el lado de la paciente”	“...creo que le estamos dando a la gente que no tiene, lo mejor de nosotros”	“Deberían modificarse las políticas de salud, para que podamos crecer”	“...esta bueno el trabajo. Porque esta parte no la ve y no te la cuenta nadie ...con la ley como que es	En cuanto a las opiniones personales, se puede interpretar que la mayoría posee una valoración frente a la temática desfavorable, puesto

			somos los mayores responsables”	n cómo me sentía. Y a veces te molesta”	no le interesa lo que se puede evitar lo tienen a todo gratis”		de arriba, que nos cuiden”				un tema que les da pie para quejarse y reclamar solo a la paciente”	manifiestan sentimientos de no ser considerados o tenidos en cuenta y respetados. Sensaciones de posibles injusticias o reduccionismo en la protección solo de las pacientes sin tener en cuenta a los profesionales.
ASPECTO COGNITIVO		“...ingresa por la guardia, con el CRIBADO”	“El que está consensuado por la institución, con excepción, con excepción”	“...al margen del protocolo ... asegurarnos que la mamá y él”	“se la recibe en la guardia del CRIBADO DO, ahí se”	“Recibimos a las mamás con trabajo de parto en el Cribado,	“es recibir la admisión...Lo que hacemos en CRIBADO”	“Cuando una mujer llega... el diagnóstico de trabajo”	“implementamos como mecanismo es la Maternidad segura y”	“Ingresamos por el CRIBADO, que es la parte de emergencia de”	“acá tenemos protocolo de todo Anotando siempre”	Todos los entrevistados aquí muestran un buen manejo sobre el conocimiento

	<p>ROL DEL/LA MÉDICO/A FRENTE AL PARTO</p>	<p>ones clarame nte”</p>	<p>bebe estén bien”</p>	<p>la revisa, le toman los datos. Si hubiera alguna compli cación o algo es llevada al 2do piso”</p>	<p>ahí es donde se le toma los datos y se realiza el ingreso correspon diente.”</p>	<p>DO detectar aquellas paciente s que están en trabajo de parto”</p>	<p>de parto lo hacemos nosotros con una fase pasiva y una fase activa”</p>	<p>centrada en la familia el hecho de que entre alguien de la familia nos costó muchísim o”</p>	<p>planta baja. La mamá puede ingresar acompa ñada”</p>	<p>como te vas a manejar, cuanta medicaci ón, haciendo un control desde que ingresa”</p>	<p>o de las intervencio nes y protocolos de acción como profesionale s dentro de su rol como obstetra. Se observa cierta mecanizaci ón de ese conocimient o, internalizan do casi de manera mecánica sus tareas y por ello no hay relato en detalle sobre las mismas. La base del</p>
--	---	----------------------------------	-----------------------------	--	---	---	--	---	---	--	---

												aspecto cognitivo versa sobre los protocolos específicos del Hospital.
QUE ES LA VIOLENCIA A OBSTÉTRICA	“...violencia ejercida por cualquier personal de nuestro hospital hacia la mujer.”	“...violencia verbal, física o de cualquier tipo que ejerce el médico o cualquier persona al de la salud sobre la pacient	“Para mí una mujer no tiene un parto si no tiene una vía y una de las formas de violencia obstétrica es colocar un suero decir “gordita tranquila”, “gordita va a estar bien él bebe”	“Es la violencia o maltrato verbal o físico que los médicos o el personal de salud ejerce contra la paciente o los familiar	“violencia ejercida por el personal de salud sobre la mujer que llega en proceso de parto, y sé que también posteriormente”	“Yo creo que violencia obstétrica es cuando vos, en realidad, cuando no sabes respetar, quizás, los tiempos y los momentos del trabajo	“...está considerada cuando digamos, no cumple algunas cuestion es en cuanto a la paciente como ser no decirle el nombre,	“...es una violencia que se ejerce sobre la mujer que llega embarazada o en proceso de parto y aun posteriormente. Siempre es producida por el personal	“Violencia del personal que trabaja en el ámbito de la salud hacia la paciente que viene o ingresa, desde el momento que llega hasta en	“...yo creo que es referida a la atención de la paciente...no respetar su decisión ante como quiere finalizar su embarazo, en	La mayoría de los entrevistados aquí logra reflejar conocimiento acerca de lo que es considerada la violencia obstétrica, algo que fue aprendido tal y como se les fue informado, y así lo repiten. Solo la	

			e”		es, durante el proceso de parto o posteri or		de parto. el tema de la violenci a obstétric a pasa por ahí, no hay tiempo a veces, y puede resultar violento eso”	o hacer algún procedi miento que no está consider ado, que no está contemp lado en algún protocol o que no le des participa ción en las decision es”	de salud. No conozco las leyes ni los protocolo s”	el post. Pero hay que ver como lo interpret a cada uno. Hay que fijarse y ser prudent es”	cuanto a con quien quiere estar acompañ a, en cuanto a no respetar algo cuando vos tomas una decisión y ella no está de acuerdo”	minoría logra reflejar la posición que adoptan frente a ese conocimient o, y que muestra la representaci ón social en sí que se formaron frente a la Violencia obstétrica, viéndola como el resultado de un accionar considerado hasta no hace mucho natural e inofensivo. Cuestiones que eran
--	--	--	----	--	---	--	--	--	--	---	--	--

												n por parte de la paciente; y esto no siempre es posible, por la urgencia o malestar de la paciente.
PROTOCOLO DE ACCIÓN FRENTE A UNA DENUNCIA	“...un protocolo de manejo de o ante un caso de violencia no creo que lo tengan. Pero si tienen normas establecidas para evitar justamente que se generen	“...tienen en protocolo de acción pero eso no llega a nosotros”.	“...no tengo idea...tenemos nuestro centro de mediación”	“Supongo que sí, dudo mucho que los de arriba no se defiendan”	“Yo especulo que sí. No creo que dejen pasar por alto nada”	“Desconfío todo eso”	“los desconozco, igual tienen un abogado. No obstante, nosotros dejamos todo registrado o por escrito”	“Existe un procedimiento de queja. Nosotros en cambio, no podemos hacer nada”	“Supongo que sí”	“Cálculo que sí”	Por cuanto a los mecanismos de acción o protocolos que deben poner en acto en caso de que suceda una denuncia por violencia obstétrica, llama la atención que la	

		estos casos.”										mayoría de los profesionales no posee un conocimiento claro al respecto. Aunque algunos de ellos suponen que debe de existir, suponen que es manejado por la gerencia y para la protección de la institución, no para el resguardo del profesional.
--	--	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

	<p>CASOS DE VIOLENCIA A OBSTÉTRICA EN OTRAS INSTITUCIONES</p>	<p>“Si tomar conductas sin autorización, o colocar una medicación sin preguntar a la paciente o sin explicarle porque se hace la medicación, eh romper una bolsa y no explicarle a la señora”</p>	<p>“Escuche de compañeros pero de pasillo. Nada concreto”.</p>	<p>“No”</p>	<p>“No”</p>	<p>“No”</p>	<p>“Si he escuchado de muchas. Y más en los últimos años”</p>	<p>“No, no. Solo noticia”</p>	<p>“Sí, sí. He visto”</p>	<p>“No”</p>	<p>“No”</p>	<p>La mayoría no muestra poseer un conocimiento sobre casos, que den cuentan de violencia obstétrica. Solo algunos de ellos manifiestan haber escuchado al respecto, sin especificar que fue considerado un acto violento. Mientras que la minoría, logra explicitar</p>
--	--	---	--	-------------	-------------	-------------	---	-------------------------------	---------------------------	-------------	-------------	--

												conocimientos sobre lo que puede ser considerado casos de violencia, y todos tienen que ver con llevar a cabo acciones propias al rol del obstetra; pero no poner en conocimiento a las pacientes con antelación sobre los mismos.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ASPECTO FIGURATIVO	DIFICULTADES EXTRAS AL PROCESO DE PARTO EN SI	“maltrato de pacientes, maltrato de familiares”	“Hay demasiada gente y pocos médicos”	“las personas que acompaña n”	“Vos trabajas acá, te pasa algo y tengo que notificar... los medios no lo hacen”	“No ninguna”	“No, no que recuerde ”	“Y sí, tenemos 2 vidas, Puede pasar de todo”	“a veces estas atendiend o un parto y justo se complica ”	“A muchos, como en la mayoría no se hacen los controles, ellas siguen con su vida normal. Es más hay casos donde se enteran tarde que están embarazadas”	Todo el tiempo estamos alerta, a diferencia de otras especializaciones... salvar 2 vidas”	De entre las experiencias significativas que dificultan el rol del profesional obstetra se encuentran aquellas que tienen más que ver con la falta del cuidado de las mismas pacientes, que generan complicaciones. Y por otro lado el mismo hecho de tener a su cargo la

												responsabilidad de atender y salvar dos vidas. En la mayoría de los casos no logran relatar experiencias o ejemplos específicos, sobre todo personales.
		“vi casos, pero de compañeros. Uno puede ejercer violencia sin darse cuenta” ...brindar poca	“No, en 30 años hija jamás recibí una queja”	“No”	“No para nada”	“No. Gracias a dios no”	“Hay un caso que salió en los diarios de una chica hace la denuncia a ...ella	“una vez. Pero tuve problemas con el familiar de una paciente Llego en estado	“Acá en el hospital no, pero en mi vida profesional sí	“No”	“No”	La mayoría de las personas aquí entrevistadas no manifiestan experiencias propias sobre violencia

	<p>EXPERIENCIA PERSONAL DE VIOLENCIA A OBSTÉTRICA</p>	<p>información por el hecho de estar apurado. Tratar de terminar el trabajo más rápido por el hecho de estar agotado, cansado”</p>					<p>percibió e involucro hasta al camillero. Y en ese momento que esta vulnerabile todo puede ser considerado violento”</p>	<p>de ebriedad y golpeaba la puerta, tuvimos así que salir y poner un poco de orden”</p>					<p>obstétrica. Los pocos relatos que fueron ofrecidos, consistieron en experiencias de terceros, y que la mayoría de las situaciones que fueron denunciadas o acusadas como violencia, en realidad dan cuenta de una mala interpretación por parte de la paciente, o de la</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

												exaltación emocional propia del momento que atraviesa la paciente.
	QUE HACER FRENTE A UNA DENUNCIA	“No sé, hacemos nuestro descargo... tenemos nuestro sector de mediación. Pero no sé qué se hace”	“Hacerse cargo”.	“hacer un análisis. Y en el caso que llegue una denuncia, se por colegas que les solicitaron un descargo por nota”	“Supongo que analizar la situación siempre que atendemos a alguien dejamos todo por escrito”	“Analizar la situación nada más”	“...ver bien que fue lo que paso y analizar, pensar ...a veces no es violencia sino que así lo percibió la paciente en ese momento”	“Poder hacer su descargo y explicar también. A veces se malinterpretan las situaciones”	“Analizar la situación”	“Ver si realmente sucedió, porque acá las pacientes se enojan ya por cualquier cosa y en especial la persona que las acompaña”	“Analizar, rever la situación . Igual acá está registrada o y anotado todo”	Apoyados en sus experiencias pero sobre todo en sus conocimientos, manifiestan que ante situaciones de denuncia, la mayoría, considera que es necesario en primer lugar analizar la situación y

												<p>poder discutir al respecto, ya que consideran que la mayoría de las veces, las acusaciones suelen ser infundadas y producto de malas interpretaciones de las pacientes o los familiares. En la minoría de los casos, plantean desconocer que deberían hacer, más</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

												que seguir los protocolos de la institución, como ser el llevar registro de todo y hacer un descargo sobre los hechos acontecidos .
	“Yo tuve una experiencia bastante desagradable en la guardia del familiar de otra paciente que estaba esperando afuera nos	“La familia o el acompañante muchas veces no suele ser de gran ayuda”	“...casi siempre, verbal o física, me han mordido, me han pellizcado, me han gritado”	“me ha tocado casos donde me empujan, me gritan ...”	“Me han llegado a empujar porque no salía él bebe en un parto normal, y ellos no querían esperar el proceso”	“te gritan, más que nada las parejas o los familiares ... me quiso pegar pero quería	“hubo situación es...te faltan el respeto te cuestionan a pesar que vos explicas y un montón	“Te tratan mal a veces...se enoja por el dolor o no comprendes que el trabajo de parto tiene dolor”	“Miles de veces, nunca se lo dije a alguien de gerencia . Lo que si mis compañeros me	Todo el tiempo te pasa. Más que nada con los familiares te insultan ... Pero al explicar	En esta categoría se puede observar una total coincidencia en cuanto a las experiencias de ser los profesionales quienes reciben	

	<p>EXPERIENCIAS DE RECIBIR MALTRATO</p>	<p>pateó la puerta”</p>					<p>que la examina a su mujer un médico varón”</p>	<p>de cosas”</p>		<p>defienden y ellos nos cuidan”</p>	<p>ellas no entienden</p>	<p>maltrato, tanto por las pacientes pero sobre todo por los familiares, que por ignorancia o desesperación entorpecen la labor del médico y se vuelven agresivos, al punto de ser violentos verbal y físicamente con los profesionales tratantes.</p>
--	--	-------------------------	--	--	--	--	---	------------------	--	--------------------------------------	---------------------------	--

CATEGORÍA	SUB CATEGORÍA	Unidad de análisis										CONCLUSIÓN
ASPECTO VALORATIVO		Sujeto 11	Sujeto 12	Sujeto 13	Sujeto 14	Sujeto 15	Sujeto 16	Sujeto 17	Sujeto 18	Sujeto 19	Sujeto 20	N
		“...me parece que están muy bien	“...se nos pide mucho, pero, por	“...es ordenado el servicio	“Están bien. Antes eran más	“Dentro de lo que establece bien, si	“...son muchas normas y muchas	“Me parecen perfecto, más que	“...piens o que está bien”	“...creo que bajo el nivel de	“...estamos mal. Faltan cosas,	En líneas generales, los entrevista

	<p>OPINIÓN DE LAS NORMAS INSTITUCIONALES</p>	<p>acatadas”</p>	<p>la institución en la que estamos es acorde al requerimiento que tenemos”</p>	<p>así que funciona bien”</p>	<p>exigentes”</p>	<p>estoy de acuerdo”</p>	<p>exigencias que por ahí no sé. En algunas de acuerdo y otras no”</p>	<p>nada los protocolos”</p>		<p>exigencia . Antes era más exigente ...”</p>	<p>falta respeto, falta personal”</p>	<p>dos aquí opinan que las normas institucionales son correctas y funcionales. Algunos de ellos sostienen que antes eran más exigentes y que por tanto más útiles, sobre todo porque no se hacían procedimientos y gastos innecesari</p>
--	---	------------------	---	-------------------------------	-------------------	--------------------------	--	-----------------------------	--	--	---------------------------------------	--

												os. Por ultimo otra minoría, no se siente de acuerdo con ellas, y poseen una postura negativa, ya que sienten que no son protegidos, y que la falta de personal es una de las mayores dificultades.
		“...los de arriba	“...cuando nos	“...respetándonos	“Respetando más	“Que pongan	“Que hayan	“...los protocolo	“...siempre hay	“Más exigencia	“...hay que	En cuanto a la

	COMO FACILITA R EL ROL DEL/LA MÉDICO/A	que hagan que nos respeten, los de arriba no nos cuidan”	empiecen a respetar vamos a poder hablar de este tema. Porque se descuidó el rol del médico”	y dándonos el lugar... con la paciencia necesaria para poder explicarles una y otra vez”	el quehacer del médico”	más profesionales. No damos abasto”	más profesionales”	s se tienen que ir adecuando al tiempo... no nos podemos quedar con un protocolo que se hizo hace 20 años”	algo para mejorar”	quizás. Más control. Así hay menos gastos. Porque como equipo estamos bien”	empezar por la gente que perdió completamente el respeto hacia el médico”	percepción de su rol como profesionales, y de cómo se los podría mejorar, la mayoría de los entrevistados consideran que el principal obstáculo es la falta de respeto, hay una necesidad emocional de ser tenidos en cuenta y respetado
--	---	--	--	--	-------------------------	-------------------------------------	--------------------	--	--------------------	---	---	--

												s en su rol como profesionales. Por otro lado, algunos de los entrevistados, si bien no manifiestan la necesidad específica de respeto, dentro de las consideraciones que piden, están en relación al respeto. Como por ejemplo,
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

												que hayan más profesionales, para que no recaiga en los que hay exceso de trabajo. Otros manifiestan que es necesario una constante revisión de las exigencias y protocolos, para estar en concordancia con los tiempos
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

												que corren.
	FALTA DE RESPALDO O INSTITUCIONAL	“nos resguardan a nosotros, por ahí te llama fulano para que hagas tal cosa con la que vos no estás de acuerdo”	“a veces si te pasa que te cuestiona mucho. Y hay decisiones que no se toman médicamente si no (...) políticamente”	“a nosotros jamás nos van a respaldar o nos darían la razón”	“La Institución no nos respalda, no nos cuida”	“Siempre sentimos la falta de respaldo ... y nosotros estamos muy expuestos con todo”	“Muchas veces nos respaldan”	“están estableciendo los protocolos”	“...nos falta eso de sentirnos como acompañados y protegidos por la parte legal”	“No nos cuidan”	“Los de arriba están arriba. Vos sos el que está expuesto laburando en el día a día. Y la gente eso no valora, no entiende”	La mayoría de los entrevistados se sienten pocos respaldados y cuidados por parte de la Institución. Sienten que su labor y exposición son muy altas y difíciles, y que la Institución no está a la altura

												de sus necesidad es. Por otro lado, solo una minoría de ellos, dio a conocer, que además de no sentir respaldo, se sienten avasallad os en su quehacer, ya que a veces son sometidos a exigencia s que tienen más que ver a
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

												favores y cuestionamientos políticos que a lo que ellos por su ejercicio deberán actuar o desearan hacer.
	OPINIÓN PERSONAL	“Nosotros no reclamamos, no llamamos a la gerencia a quejarnos por las cosas, ellos si”	“Más información, más prevención, más protección. Hay una parte social que a nosotros nos sobrepasa”	“No gracias”	“No gracias”	“Sos la primera persona que nos viene a preguntar desde adentro como estamos o como nos sentimos ...”	“No gracias”	“No gracias”	“No, está bien”	“...nadie nos preguntó cómo nos sentimos. Yo creo que todo pasa por el respeto, pero la Institución también tiene que cuidarnos	“Les dimos tanto lugar ya a la falta de respeto, a la falta de valores. Que revertir esto va a ser de terror. Ya es	La mitad de los entrevistados en este caso no quiso brindar una opinión personal sobre la temática. Mientras que el resto manifestó

										s y respaldar nos”	muy grave”	sentirse agradecidos por poder reflejar lo que sienten y piensan respecto a la temática. Sostienen que como profesionales, en esta problemática en especial, no tienen la posibilidad de decir lo que pasa realmente, o como
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	------------	--

												suceden las cosas, se sienten poco cuidados en este aspecto. Así también coinciden en que hay una base social que está en conflicto, por falta de informaci ón, de respeto y de no valorar la labor médica y los insumos
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

												que se les brinda de forma gratuita, y se abusan de los mismos.
ASPECTO COGNITIVO	ROL DEL/LA MÉDICO/A FRENTE AL PARTO	“...en condiciones de tener su parto normal se ingresan de acuerdo al protocolo . Hay pacientes que si requieren que salen del protocolo y	“...en CRIBAD O... ven los embarazos de término sin patología ... una vez que ingresan con trabajo de parto pasan al centro obstétrico... todo depende	“...ingresan por la guardia que es el CRIBAD O...Ahí la revisan y si está en condiciones... es llevada al primer piso para iniciar o ayudarla en su proceso de	“...ingresa por la guardia ... EL CRIBAD O; ahí se hace el ingreso, se la revisa, se toman los datos necesarios que van a quedar en su historia clínica, ya en una base de	“Tenemos todo un protocolo establecido por la institución. Además, llevamos un control todo por escrito”	“...la recibimos primero en el CRIBAD O... Y de ahí tiene que pasar obviamente a la sala de parto, en donde nosotros llamamos a la mamá está	“Se la recibe en el CRIBAD O”	“...recibimos a la paciente, lo que es la guardia de urgencia y ahí se registra con el documento. Nosotros la asistimos , vemos lo que nos compete	“Ingresa por la guardia de adulto que llamamos CRIBAD O ahí se las atiende, se las registra, se controlan los latidos del bebe. Y si tiene 4 de	“El establecimiento por la institución. Nosotros acá en el 2 ° piso recibimos las patologías y complicaciones”	Aquí los médicos logran reflejar, a diferencia del primer grupo, mayores detalles de los pasos y procesos del rol del médico ante la situación de parto. También es posible apreciar

		obviamente se contempla el accionar médico”	de si es un trabajo de parto de una paciente sin patología, con patología, con embarazo o de término, o sin embarazo o de término”	parto... presente patología o complicación... es traída acá al 2do piso”	datos. Si todo está en orden es llevada a 1°... si hubiera alguna complicación es llevado al 2° piso”		contenido en todo momento por la persona que ella elige si, obviamente que puede ser papá de su hijo, o puede ser cualquier familiar ... los controles cada media hora de sus latidos. Y, los tactos cada dos horas hasta que		obviamente. Si está en trabajo de parto, si no, si es una paciente que es para internarla, o no. ...vemos todo el contexto de la paciente”	dilatación y está en condiciones y todo normal para el parto son llevadas al 1° piso, en caso de que existiera alguna complicación, una patología o se complique es llevada al 2 piso”		que afloran en sus demostraciones cognitivas la contemplación de las situaciones de riesgo y las posibilidades de acción frente a las mismas.
--	--	---	--	--	---	--	---	--	--	--	--	---

							se dé el momento de parto”.					
QUE ES LA VIOLENCIA A OBSTÉTRICA	“...es la violencia ejercida por el médico a la paciente y al bebe. Pero hay que ver bien porque no creo que sea tan así hay que ver el caso por caso”	“...es la violencia que tiene el personal de la salud, sobre la mamá y él bebe. Y durante todo el proceso. Verbal y física. Sé que hay una ley de parto humanizado. Pero desconozco	“...es la violencia por parte del médico a la paciente y bebé por nacer. Es la que se ejerce de alguna manera verbal y física.”	“...es la violencia por parte del profesional con la paciente durante todo su proceso de parto y posteriormente. Desconozco el protocolo, pero si estamos al tanto con la ley de parto	“...es la violencia verbal o física que tiene el personal de salud, que ejerce sobre la madre y el niño. Y durante todo su proceso si es que hiciera controles”	“...es un tipo de violencia, verbal o física, que ejerce el médico sobre la embarazada. Conozco y nos explicaron la ley de parto humanizado lo demás no tengo mucho conocimiento	“...es la violencia que se ejerce sobre la mujer embarazada, durante todo el proceso de parto y aun posteriormente”	“violencia a es entendido el maltrato verbal o físico por parte de nosotros hacia las pacientes. Pero habría que ver el caso por caso porque uno también escucha cosas que no son”	“...es la que se ejerce el profesional de la salud hacia la paciente y el niño. Durante todo el embarazo o. Pero desconozco los protocolos”	“...entiendo que es un tipo de violencia justamente ejercida por el profesional de la salud, desde los enfermeros, administrativos, licenciados, médicos, etc. somos todos un	Respecto a lo que los entrevistados conocen sobre que es la Violencia Obstétrica reflejan un conocimiento al respecto respaldado en las leyes que la regulan. Aunque aseguran	

			co como se regulan las denuncias.		humanizado”		ento”				conjunto”	haberse interiorizado mucho en la temática, como por ejemplo sobre los protocolos de acción para evitarlas o que hacer en caso de que suceda. Por otro lado una minoría refleja además que de lo establecido y conocido como
--	--	--	-----------------------------------	--	-------------	--	-------	--	--	--	-----------	--

												violencia obstétrica también se debe conocer en el caso por caso y la situación de la paciente denunciante, para determinar un hecho como Violencia obstétrica.
	PROTOCOLO DE ACCIÓN FRENTE A UNA DENUNCIA	“Supongo que sí. Pero no tuve que ponerlos en práctica”	“...te llama para ver que paso, porque paso esto. Te mandan	Yo creo que sí. Cálculo que sí. Pero desconozco”	“Supongo que sí. Tenemos acá mismo un centro de mediación	“Y yo calculo que preparad o están”	“Creo que sí. No sé. Pero acá hay un centro de mediación así que	“Creo que sí”	“Nosotros tenemos una medicina legal que nos respalda	“Especulando que sí. Habría que ver”	“Supongo, pero nunca me propuse investigar ni saber. Yo vengo y	En relación a esta categoría, los entrevistados si bien

			<p>carta y vos tenes que dar tu descargo, nunca confían que vos hiciste bien”</p>		<p>n. Además nosotros estamos todos protocolizados, todo dejamos anotado, todo está por escrito”</p>		<p>sí”</p>		<p>pero calculo que la institución también pero la desconozco”</p>		<p>cumplo con mi trabajo”.</p>	<p>algunos de ellos conocen los centros a los que deben recurrir en casos de recibir una denuncia y sobre los descargos que debe hacer al respecto, manifiest a la mayoría no tener un conocimiento claro o certero sobre los</p>
--	--	--	---	--	--	--	------------	--	--	--	--------------------------------	---

												protocolos de acción por parte de la institución. Creen que debe haber pero ninguno se interiorizó mucho en la temática y por tanto no conoce más sobre el tema.
	CASOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN OTRAS INSTITUCIONES	“No”	“No”	“No”	“No”	“No”	“No”	“No”	“No”	“Escuche de noticias. Pero nada en certero”	“No”	La mayoría de los entrevistados aseguran no poseer

	ONES											conocimiento de casos de violencia obstétrica que sucedieran en otras instituciones. No aportando mayor información al respecto. Solo uno de ellos manifestó tener conocimientos pero solo de haber escuchado en noticias, pero
--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

												ninguna certeza o detalles de eso.
ASPECTO FIGURATIVO	DIFICULTADES EXTRAS AL PROCESO DE PARTO EN SI	“...por ahí te exige hacer algo que vos no podés porque realment e no corresponde. Y se saldría del protocolo”	“Dificultades miles, y exigencias peor. A veces son políticas”	“De todo tipo... salvamos las dos vidas y es mucho más complicado y delicado. Estamos más expuestos”	“...se demoran los anestesistas, o el quirófano. Y vos estas esperando y hay una paciente y su bebé por nacer que esperan más que vos”	“No ninguna”	“...pueden surgir muchas cosas. Todo el tiempo estamos alerta, viendo, mirando, controlando a la paciente y los latidos del niño por nacer”	“Si son 2 vidas, como te decía. Es una responsabilidad terrible”	“Miles de situaciones pasamos todos los días”	“Miles de cosas pueden pasar...”	“...muchas, sabes los años que tengo yo acá. Vez de todo y más en este hospital, aun con lo organizado que esta se ve de todo”	Si bien no se logró respuestas que reflejen un relato, un ejemplo en específico. La mayoría coincide en que están expuestos a muchas dificultades por los imprevistos que pueden

												surgir al momento del parto y las dificultades es o complicaciones que ello amerita. Por otro lado se pudo encontrar respuestas que reflejan experiencias de dificultades relacionadas con exigencias que no son propias a
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>CIA PERSONA L DE VIOLENCIA A OBSTÉTRI CA</p>		”		<p>muchos casos el familiar o acompañ ante es un estorbo hasta para ella, y ellos piden que le saquemo s rápido el chico porque está sufriendo , y quizás en ese momento no es lo mejor”</p>							<p>mayoría de los sujetos manifiest a no haber experime ntado casos de violencia obstétrica. Al menos no en primera persona. Solo uno de ellos escucho de casos, y otro de los entrevista dos se concentró en las experienc ias de</p>
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

												violencia o situaciones que se suscitan a causa de los familiares .
	QUE HACER FRENTE A UNA DENUNCIA	“Ver bien, la situación en sí”	“...hacer un descargo mostrando todo el seguimiento y tratamiento que aplico con la paciente ...hacer un descargo y ver si realmente es	“explicar su parte y contar que tratamiento realizo y por qué”	“Mostrar el protocolo , nosotros dejamos todo por escrito... la madre tiene todo el derecho de pedirnos que protocolo hicimos”	“Acá cuando no están conforme s con algo, si nos piden un descargo por escrito para ver realmente que paso, que tratamiento se realizó,	“Analizar las situaciones, nosotros dejamos todo acá por escrito así que habría que ver”	“...esta todo establecido en los protocolos. Todo el seguimiento de la paciente desde que ingresa. Así que calculo que lo puede mostrar y	“...ver los protocolos. Por algo los tenemos y detallamos todo”	“...hacer el descargo si para eso tenemos los protocolos. Para mostrar y hacer un seguimiento de la paciente”	“Exponer su punto de vista. Igual esta todo en protocolo”	En cuanto a que hacer concretamente frente a una denuncia, la mayoría coincide en remitirse a los datos que se ofrecen en cada procedimi

			<p>violencia porque muchos casos se prestan a confusión”</p>			<p>que medicación”</p>		<p>listo”</p>			<p>ento y hacer un descargo completo sobre el procedimiento que se realizó, que detalle el paso a paso para evitar una acusación infundada . Algunos de ellos además manifiestan la necesidad de analizar bien el caso por caso,</p>
--	--	--	---	--	--	-------------------------------------	--	---------------	--	--	--

												teniendo en consideración ambas partes y no solo unidireccionalmente en favor de la denunciante.
EXPERIENCIAS DE RECIBIR MALTRATO	“...si más que nada lo vez en la guardia ya no se ve al médico de la forma en que se veía antes”	“...casi me hacen cagar un montón de veces. Sobre todo, los padres cuando son menores de edad... insultos	“Siempre . Muchas veces más verbal”	“Si de todo. En especial los acompañ antes... Ellos en cambio te gritan, te empujan, te dicen cosas, son	“...miles de veces, Pero también pasa que no avisamos ... lo hablamos entre nosotros y listo con mis	“Si, muchas veces”	“Si más que nada en el CRIBAD O, familiares que te patean la puerta, que quiere que se atienda	“¡Si!. Son de terror. Son un tema terrible. Te empujan, te gritan, te pellizcan”	“Yo entro a una sala de parto porque había una mamá primigesta y la gritaba, entro a verla y la pareja que	“Si muchas veces. Pero hasta aun sin atenderlos. Quizás pasan por acá te piden información, te hacen	Todos los entrevistados comparten haber recibido experiencias de maltrato. Hay una coincidencia en afirmar que la	

			son todos los días”		violentos hasta con la propia paciente”	compañeros”		rápido a su familiar”		estaba con ella la insultaba ... le digo que se tenía que retirar... él se molestó y me gritó. Me amenaza ba, me gritaba. Yo seguí igual”	una pregunta; vos les contestas y si nos les gusta te contestan mal. Así es como están las cosas, y no las he visto cambiar o modificar. Es triste”	mayoría de las veces es más verbal que física, pero algunos también han experimentado agresiones físicas y manifestaciones agresivas sobre cosas materiales (como patear puertas, etc.) Por otro lado algunos
--	--	--	---------------------	--	---	-------------	--	-----------------------	--	---	---	---

												de ellos comentan de vivir experienc ias de maltrato de las parejas de las parturient as casi por regla general, y que en muchas de esas ocasiones la agresivida d también es dirigida hacia la misma paciente no solo al médico/a
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	MEDICO/A	<p>puede estimar la vaporación de los entrevistados en relación a su rol como médico dentro de la institución. Como consideran que son valorados y que necesitarían para facilitar dicho rol.</p>	<p>percibir una clara posición de necesidad valorativa. La mayoría coincide en que para poder mejorar o facilitar el rol del médico, es necesario que se respete al médico en su profesión. Es decir, consideran que el principal obstáculo es la falta de respeto, hay una necesidad emocional de ser tenidos en cuenta y una percepción de no ser respetados tanto institucionalmente como por la comunidad en general, es decir los pacientes y familiares que llegan al hospital y respetados en su rol como profesionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por otro lado reflejan que no se sienten a gusto con la sobrecarga laboral, por lo que necesitan que se agregue personal como un método de solución o de mejora en el que hacer médico. 	<p>experiencias diferentes, como plantear la necesidad de una constante revisión de las exigencias y protocolos que están en rigor, para estar en concordancia con los tiempos que corren.</p>
	RESPALDO INSTITUCIONAL	<p>Mediante este se puede apreciar la posición del médico en cuanto a si se sienten o no respaldados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los entrevistados se sienten pocos o parcialmente respaldados y cuidados por parte de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unos pocos entrevistados manifestaron sentirse apoyados y respaldados por la institución.

	<p>por la institución, sobre todo en su rol como médico, pertenecientes a la institución.</p>	<p>Sienten que su labor y exposición son muy altas y difíciles, y que la institución no está a la altura de sus necesidades. Comentan sentirse totalmente desprotegido en sus necesidades por parte de la institución. Muestran una posición desfavorable en cuanto a la valoración en torno la relación institucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo una minoría de ellos, dio a conocer, que además de no sentir respaldo, se sienten avasallados en su quehacer, ya que a veces son sometidos a exigencias que tienen más que ver a favores y cuestiones políticas que a lo que ellos por su ejercicio debieran actuar o desearan hacer. 	
<p>OPINIÓN PERSONAL</p>	<p>En esta sub categoría, fue posible tener un acceso más amplio a los sentimientos y valoraciones respecto a la temática investigada en</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría posee una valoración frente a la temática desfavorable, puesto manifiestan sentimientos de no ser considerados o tenidos en cuenta y respetados. Sensaciones de posibles injusticias o reduccionismo en la protección 	<ul style="list-style-type: none"> • Muy pocos aportaron la opinión de que hay una base social que está en conflicto, por falta de información, de respeto y de no valorar la labor médica y los insumos que se les brinda de forma gratuita, y que por tanto se abusan

		<p>general, contemplando todos los aspectos que inciden en la posición del médico frente a la Violencia Obstétrica.</p>	<p>solo de las pacientes sin tener en cuenta a los profesionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En relación a estas experiencias algunos de ellos también agregaron sentir aprecio por la investigación aquí presente y sentirse agradecidos por poder tener así la oportunidad de reflejar lo que sienten y piensan respecto a la temática. Sostienen que como profesionales, en esta problemática en especial, no tienen la posibilidad de decir lo que pasa realmente, o como suceden las cosas, se sienten poco cuidados en este aspecto. • Luego un gran número de ellos prefirió no dar a conocer su opinión o posición frente a la temática. 	<p>de los mismos.</p>
--	--	--	--	-----------------------

ASPECTO COGNITIVO	ROL DEL/LA MÉDICO/A EN EL PARTO	Con esta subcategoría se pretendió conocer como el profesional maneja y conoce en su rol como médico, que debe hacerse frente a un parto, esto condicionado, por las bases y protocolos de la institución, o solo directamente por su formación y experiencia profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los entrevistados aquí muestran un buen manejo sobre el conocimiento de las intervenciones y protocolos de acción como profesionales dentro de su rol como obstetra. Se observa cierta mecanización de ese conocimiento, internalizando casi de manera mecánica sus tareas y por ello no hay relato en detalle sobre las mismas. La base del aspecto cognitivo se valora versa sobre los protocolos específicos del Hospital. • Algunos de ellos logran dar más detalles o explicaciones sobre dicho protocolo y riesgos posibles, pero hay una total coincidencia de las experiencias en relación a este aspecto 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay experiencias diferentes
	CONCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	Mediante esta sub categoría obtenemos la mirada que poseen los médicos en torno a lo que conocen y como	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los entrevistados aquí logra reflejar conocimiento acerca de lo que es considerada la violencia obstétrica, algo que fue aprendido tal y como se les fue informado, reflejan un 	<ul style="list-style-type: none"> • Solo la minoría ve la violencia Obstétrica como el resultado de un accionar considerado hasta no hace mucho natural e inofensivo. Cuestiones que eran cotidianas e

	<p>interpretan la violencia Obstétrica. Pregunta que básicamente refleja y encierra la representación social que poseen los profesionales en torno a la temática.</p>	<p>conocimiento al respecto respaldado en las leyes que la regulan. Aunque aseguran no haberse interiorizado mucho en la temática, como por ejemplo sobre los protocolos de acción para evitarlas o que hacer en caso de que suceda.</p>	<p>involuntariamente ofensivas, como por ejemplo usar términos afectivos o diminutivos, en remplazo del nombre. O como así también ante la urgencia de ejercer su rol, tomar decisiones o acciones y que ahora necesitan el consentimiento y la total comprensión por parte de la paciente.</p>
<p>PROTOCOLOS DE ACCIÓN FRENTE A DENUNCIAS</p>	<p>Con esta pregunta se persiguió el objetivo de conocer si existe un lineamiento institucional que guie el accionar de los médicos en caso de tener que enfrentar una denuncia por violencia obstétrica. Que conocimientos poseen los profesionales en torno a los protocolos pre establecido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Por cuanto a los mecanismos de acción o protocolos que deben poner en acto en caso de que suceda una denuncia por violencia obstétrica, los entrevistados no poseen un conocimiento claro o preciso al respecto, suponen que deben existir protocolos y la existencia de un centro de mediación; pero suponen que es manejado por la gerencia de la institución y utilizado más que nada para la protección y defensa de la misma no para el resguardo del profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay experiencias diferentes
<p>VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN</p>	<p>Con esta sub categoría se</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría no muestra poseer un conocimiento sobre 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos escucharon casos de violencia, pero a través de

	OTRAS INSTITUCIONES	pretendió profundizar mediante el conocimiento de casos de Violencia Obstétrica en otras instituciones, el manejo de la información que poseen al respecto los profesionales entrevistados.	<p>casos, que den cuenta de violencia obstétrica. Solo algunos de ellos manifiestan haber escuchado al respecto, sin especificar que fue considerado un acto violento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Mientras la minoría, logra explicitar conocimientos sobre lo que puede ser considerado casos de violencia, y todos tienen que ver con llevar a cabo acciones propias al rol del obstetra y que estas son mal interpretadas. 	<p>noticias o comentarios de terceros, así que no conocen en claridad sobre lo acontecido</p>
ASPECTO FIGURATIVO	DIFICULTADES EXTRAS AL PARTO	Con el propósito de obtener experiencias en relación al rol del médico obstetra, mediante esta sub categoría se intentó obtener aquellas experiencias de mayor implicancia personal, y estas están relacionadas a las dificultades fuera de lo común que pueden presentarse durante el	<ul style="list-style-type: none"> En la mayoría de los casos no logran relatar experiencias o ejemplos específicos, sobre todo personales. Comparten que la mayor dificultad presente es la del mismo hecho de tener a su cargo la responsabilidad de atender y salvar dos vidas. De entre las experiencias significativas que dificultan el rol del profesional obstetra se encuentran aquellas que tienen más que ver con la falta del cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> Se pudo encontrar respuestas que reflejan experiencias de dificultades relacionadas con exigencias que no son propias a la profesión y relacionadas con política Solo uno de ellos manifestó dificultades por las demoras que provienen de terceros y que entorpecen la tarea.

		proceso de parto	personal de las pacientes, que generan complicaciones. La mayoría coincide en que están expuestos a muchas dificultades por los imprevistos que pueden surgir al momento del parto y las dificultades o complicaciones que ello amerita.	
	EXPERIENCIA PERSONAL DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	Mediante esta se pretendió obtener conocimiento de experiencias personales o lo más cercanas posibles sobre casos específicos de violencia obstétrica.	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los sujetos manifiesta no haber experimentado casos de violencia obstétrica. Al menos no en primera persona • la mayoría de las situaciones que fueron denunciadas o acusadas como violencia, en realidad dan cuenta de una mala interpretación por parte de la paciente, o de la exaltación emocional propia del momento que atraviesa la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos relatan cómo experiencia de violencia obstétrica la que viven ellos como profesionales por causa de los mismos familiares de las pacientes contra ellas o contra el personal
	QUE HACER FRENTE A UNA DENUNCIA	Con esta pregunta se pretende conocer desde una posición y experiencia personal lo que consideran debe hacerse	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyados en sus experiencias pero sobre todo en sus conocimientos, manifiestan que ante situaciones de denuncia, la mayoría, considera que es necesario en primer lugar analizar la situación 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay experiencias diferentes

	<p>en caso de recibir una denuncia por Violencia Obstétrica</p>	<p>y poder discutir el caso por caso, ya que consideran que la mayoría de las veces, las acusaciones suelen ser infundadas y producto de malas interpretaciones de las pacientes o los familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la minoría de los casos, plantean desconocer que deberían hacer, más que seguir los protocolos de la institución, como ser el llevar registro de todo y hacer un descargo sobre los hechos acontecidos. 	
<p>EXPERIENCIA DE RECIBIR MALTRATO</p>	<p>Esta sub categoría se realizó con el objetivo de poder comprender de una manera más global la posición del profesional frente a la temática, conociendo las experiencias que los implica a ellos desde su rol como profesionales y dan a entender no son</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En esta categoría se puede observar una total coincidencia en cuanto a las experiencias de ser los profesionales quienes reciben maltrato, tanto por las pacientes pero sobre todo por los familiares, que por ignorancia o desesperación entorpecen la labor del médico y se vuelven agresivos, al punto de ser violentos verbal y físicamente con los profesionales tratantes e incluso con las parturientas. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay experiencias diferentes

		escuchados ni respetados		
--	--	---------------------------------	--	--

DISCUSIÓN

A partir del arduo trabajo que represento la revisión de la literatura trabajada, del marco teórico que guio la investigación, fue posible realizar una triangulación entre los mismos y los datos obtenidos. Es decir se logró cotejar los antecedentes, la teoría planteada y los resultados obtenidos.

Fue un desafío desde el inicio, para desarrollar esta investigación, el poder encontrar referentes teóricos e investigativos sobre representaciones sociales de violencia obstétrica, pero específicamente sobre el foco puesto en los profesionales obstetras como principales actores de dicha problemática. Por lo que llevar a cabo esta investigación fue de gran satisfacción, ya que se pudo arrojar luz sobre una problemática que tiene mucha trascendencia en la actualidad, pero que en contemplación de la misma, solo se tomó en cuenta a las embarazadas, como las únicas víctimas y receptoras de violencia. Dejando muy de lado la percepción de los médicos/as frente a estas situaciones, menoscabando de alguna manera el rol del médico/a.

De la información obtenida y desarrollada se pudo realizar una triangulación entre los mismos encontrados las siguientes similitudes y diferencias:

Similitudes:

De los artículos tomados como antecedentes de la investigación, la mayoría gira en torno a explicar lo que es considerada violencia obstétrica, tomada como una violación de los derechos humanos. De manera similar en el marco teórico cuando se desarrolló la temática se explica que para poder hablar de violencia obstétrica antes se debería hablar de violencia de género; considerando que el género es una construcción histórica, que se va modificando de acuerdo a cada época. En relación a esto, dentro de las respuestas obtenidas, se pudo obtener que para los médicos/as obstetras haya de fondo una cuestión social y de cambio cultural, ya que hoy es considerada violencia obstétrica actividades que por años constituyeron a la práctica cotidiana y rutinaria del rol del médico.

Otra de las similitudes encontradas es que todos los casos buscan describir la ley de parto humanizado. Describiendo cuales son los deberes y derechos que toda mujer

tiene, de pasar un embarazo respetado, de recibir atención amable, de ser informada, de poder ingresar con un acompañante. En los resultados obtenidos también hay consenso en cuanto al conocimiento de dicha ley y de los protocolos de acción para evitar violar esos derechos.

Por otro lado todos los artículos tomados para antecedentes mencionan en algún punto los cambios emocionales, hormonales y físicos que sufren las mujeres durante los 9 meses de embarazo. Resaltando, en muchos casos, la vulnerabilidad en la que se encuentran atravesando esa etapa de gestación. Consideración que de alguna también fue consensuada por los profesionales entrevistados, quienes aseguran que dado el proceso que atraviesan y por la vulnerabilidad sobre todo emocional en la que se encuentran, es un contexto difícil para que la paciente pueda comprender los procedimientos que le van a ser aplicados, y por ende más expuestas a percibir o vivenciar situaciones comprendidas como violencia.

También hay consenso en entender que hay diferentes formas de ejercer violencia, que no es solamente la física, sino muchas veces hasta el descuido, alguna palabras, o situaciones que si bien no son violentas o no son con la intención de lastimar o faltar el respeto, genera algo y es percibido como negativo por la mujer embarazada en estado de vulnerabilidad.

En cuanto al rol del médico/a, se pudo encontrar un consenso entre uno de los artículos tomado como antecedente y las representaciones sociales de los médicos obstetras, y consiste en sostener que hay una necesidad de destacar el quehacer medico; el rol que asumen los médicos y que en la búsqueda de derechos y respeto por la mujer embarazada indefectiblemente se renunció y se perdió el respeto hacia el profesional.

Diferencias:

Ninguno de los artículos encontrados se pregunta por: ¿Cuál es la representación social que tienen los/las médicos/as obstetras sobre la violencia obstétrica? Todos describen violencia obstétrica, leyes, vulnerabilidad y maltrato en las mujeres que están en proceso de parto, y desde esa concepción de toma el rol del médico como aquel que impone una acción.

De los resultados obtenidos hay una clara valoración al respecto por parte de los médicos/as entrevistados, quienes vivencian una suerte de descuido y sienten una falta de respeto hacia su quehacer y posición de saber. Quedando en claro que existen

normativas y protocolos de acción que deben ser puesto en acción ante la situación de parto, los mismos son ampliamente conocidos por los profesionales, como se mostró también desarrollados y puesto en manifiesto en el marco teórico y búsqueda de antecedentes. Quedando un margen muy reducido para el uso de criterio profesional ante situaciones adversas o de complejidad que pudiera presentarse. Como si de alguna manera dichos profesionales saben que pueden tomar ciertas decisiones ante la urgencia, pero que eso puede representar un problema que los llevará a tener que defenderse de denuncias y malos entendidos o desacuerdos por parte de las pacientes pero principalmente de los familiares que la acompañan.

CONCLUSIÓN

Al inicio de esta investigación se partía de la idea o preconcepción de que existe en la actualidad un amplio desarrollo, en materia de derechos, de lo que es considerada Violencia Obstétrica y que en ese proceso de comprensión la mirada y posición del/la médico/a obstetra (como el ejecutor principal de dichos actos violentos) no es tenida en cuenta o abordada desde perspectiva alguna. Esto llevó al interés en poder descubrir cuál es la representación social que poseen los médicos/as obstetras frente a la temática, esperando encontrar un aspecto o punto destacado en la temática que hasta hoy no fue mencionado o considerado por otros investigadores.

En relación a cuáles son las representaciones sociales que poseen los/las médicos/as obstetras sobre la violencia obstétrica se pudo concluir que las mismas giran en torno a considerarla como todas aquellas acciones verbales y físicas contra la mujer en el proceso de parto. Que incluso. Muchas de las conductas, actitudes o comentarios que son considerados violentos hoy fueron pensados naturales en otras épocas (por ejemplo decirle gordita, usar diminutivos, o llamarla mamita, incluso ponerle una vía intravenosa etc.). Y esto se debe a que ha cambiado el significado y la forma de interpretar los hechos de la vida cotidiana; porque falta tener en cuenta todo el contexto socio histórico para decir que una mujer que es maltratada durante el parto, sea etiquetado como un caso de violencia obstétrica. Esto se debe a que la violencia surge en una relación humana y no puede ser analizada de manera aislada.

Es decir, que aunque conocen ampliamente las prácticas y actividades que pueden ser entendidas por la paciente como un acto de violencia y que están estipuladas por la ley del parto humanizado y la ley de protección y derechos obstétricos, los/las médicos/as entrevistados consideran que éstas en realidad, casi por regla general, son actos que encierran el quehacer propio del/la médico/a en su rol como obstetra y que en el doloroso y confuso proceso de parto, las embarazadas y familiares suelen interpretar estos actos en forma desmedida (o exagerada) como actos violentos y realizan denuncias; incluso que hay cierta desinformación por parte de la sociedad que hace que se cometan actos injustos o exageraciones de las pacientes contra los profesionales que las atienden.

Es así que en muchas circunstancias en el intento del/la médico/a por ejercer su profesión, gracias a la imposibilidad de las pacientes o incluso de los familiares de

comprender algunas intervenciones, o estar sobresaltados por la dolorosa experiencia del proceso de parto, están bajo un estado de vulnerabilidad que muchas veces hace difícil que se les explique (como solicita los protocolos) las intervenciones que son necesarias de realizar, como así también la falta de conocimiento y cuidados previos por parte de las pacientes, aumentan los porcentajes de riesgo al momento del parto; lo que obliga a los médicos/as a tomar decisiones inmediatas para poder salvar la situación y garantizar el bienestar de las dos vidas en riesgo.

Todas estas acciones o situaciones son interpretadas como Violencia Obstétrica. Por esta razón los/las médicos/as concluyen que es necesario que se revisen y analicen siempre el caso por caso, y que se retome el respeto y la confianza hacia la profesión y el rol del médico/a.

Del aspecto valorativo de las representaciones sociales en torno a la Violencia Obstétrica, se puede concluir que el factor emocional en torno a su trabajo, los/las médicos/as entrevistados se sienten desvalorizados. No manifiestan estar en contra de las normativas y protocolos que regulan las prácticas y el ejercicio de su profesión, pero sienten no estar totalmente de acuerdo con las mismas.

Se puede interpretar que la valoración es negativa, y que pudieran sentir que en este intento actual que posee la sociedad por defender y garantizar derechos, lo que no está para nada mal, es imposible proteger a todos. Y es que si se protege un sector, indefectiblemente queda uno de ellos menoscabado; y lograr un equilibrio en donde se pueda considerar los derechos y obligaciones de ambas partes termina siendo una tarea difícil, ante la cual los médicos/as entrevistados sienten que no tienen derecho a hablar, a dar si quiera su opinión.

Así también, todo este panorama los hace sentir que a nadie le interesa que es lo que les pasa a ellos, cuál es su mirada respecto a la temática. Por esta razón este trabajo de investigación fue muy bien recibido y valorado; apreciaron tener la oportunidad de dar a conocer su situación y punto de vista.

En cuanto al aspecto cognitivo, mediante las entrevista, permitió conocer en profundidad el bagaje de conocimiento que poseen los médicos/as en torno a la temática investigada, pero sobre todo, conocer en profundidad el rol del médico/a obstetra tanto en su profesión como en los mecanismos que deben poner en acción frente a una denuncia.

Del ejercicio profesional y los protocolos de acción, se concluye que los médicos/as poseen un conocimiento claro y preciso de las leyes y procesos, que en el

ejercicio de su profesión, se encuentran académicamente preparados para seguir los pasos necesarios en la atención de un parto, con o sin complicaciones. Pero en cuanto a que protocolos o mecanismos de acción ejecutar en caso de recibir una denuncia por violencia obstétrica, cabe mencionar que los profesionales no poseen referencias claras al respecto. La mayoría considera vagamente lo que debe realizarse, sin interiorizarse en la temática.

Por último, en cuanto al aspecto figurativo de las representaciones sociales en torno a la violencia obstétrica, este aspecto fue el que presentó mayor dificultad de expresión. Es decir, que los relatos o respuestas no dejaban ver ejemplos claros de situaciones específicos en torno a la temática y al rol como profesionales.

De los datos recolectados, se puede destacar que dentro de las experiencias abundan aquellas en relación a que la mayoría de las veces son los/as profesionales víctimas de maltrato o violencia por parte de las pacientes y los familiares. Situación que sienten deben callarse ya que no tienen un lugar donde plantear la queja.

Así también expresaron sus ideas no precisamente como experiencias propias, sino más bien de cosas que conocen por comentarios, o a través de las noticias. Dichos relatos reflejan la experiencia de que en la mayoría de los casos las denuncias son casi infundadas o exageradas, y que tienen más que ver con una falta de información por parte de los usuarios del servicio público, y en parte por abuso de ese servicio; exigiendo muchas veces respeto y cuidados que ellos mismos no muestran.

De los/las veinte médicos/as entrevistados once hombres y nueve mujeres. Se pudo observar que las mujeres se sienten más vulnerables que los hombres recibiendo malos tratos por parte de las pacientes y los acompañantes. Mencionando ser defendidas por sus compañeros de trabajo. A su vez, resaltan que en varias oportunidades cuando llega una mujer en trabajo de parto por el CRIBADO exige ser atendida por un profesional masculino, a lo que consideran más “amable”.

En cuanto a la Práctica Obstétrica podríamos simplificar que el/la médico/a tiene el deber ético de proteger la salud de las mujeres que asisten al Hospital. Son los que poseen el conocimiento y la experiencia para ocuparse de la salud sexual y reproductiva. A su vez, deben brindar toda la información necesaria a cada paciente acerca de la salud y los derechos de las mismas. Sin embargo, no se lo pudo correr al médico/a, descentralizarlo de lugar. Nos queda preguntarnos: ¿Qué camino nos queda recorrer para correr al médico/a de ese modelo hegemónico priorizándose solo él?...

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Se recomienda a los investigadores que deseen en un futuro seguir con esta línea de investigación que pudieran complementar la aquí presente con una comparación entre las representaciones sociales sobre violencia obstétrica que poseen las madres a punto de dar a luz y la de los profesionales, como una forma de obtener similitudes y diferencias que pudieran brindar información útil para posiblemente mejorar los servicios de atención.

Así también se sugiere profundizar quizás en las experiencias de maltrato que reciben a diario los médicos en el intento de ejercer su profesión. Ya que este aspecto resultó de gran interés por los entrevistado de que sea conocido y tenido en cuenta.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Alma-Ata (1978). *Conferencia Internacional de atención primaria de Salud*. Recuperado de: <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>

Andrade, M, Demitto, M., Dell Agnolo, C. M., Torres, M. M., Carvalho, M. D., & Pelloso, S. M. (2017). Tristeza materna em puérperas e fatores associados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (18), pp. 8-13. <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0186>

Araya Umaña, S. (2002) Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. *Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales*. Recuperado de: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ICAP/UNPAN027076.pdf>

Asociación Médica Argentina. (2001-2002). *Código de Ética para el equipo de salud*. Recuperado de: <http://www.fmed.uba.ar/depto/medlegnew/CODIGOS/Codigo%20de%20Etica,%20AMA%202001.pdf>

Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica; otra forma de violencia a los derechos humanos. *Revista Redbioetica/UNESCO*. 41 (7) pp. 25-34. Recuperado de: <http://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12868/Art2BelliR7.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

- Benítez Guerra, G. (2008). Editorial Violencia Obstétrica. *Revista de la Facultad de Medicina*. 3 (1) pp. 5-6. Recuperado de: <http://coebioetica.salud-oaxaca.gob.mx/wp-content/uploads/2018/libros/ceboax-0581.pdf>
- Cámara de Diputados de la Provincia de Salta (1996). *Principios sobre el plan de salud provincial, Ley N°6.841*. Secretaría de Gobernación. Recuperado de: <http://digesto.diputadosalta.gob.ar/leyes/6841.pdf>
- Díaz Facio Lince, V. E. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2 (1), pp. 57-71. Recuperado en 15 de octubre de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100005&lng=es&tlng=es.
- García, R. R. y Martínez, B. P. (2018). Representaciones sociales y comunicación: apuntes teóricos para un dialogo interdisciplinar inconcluso. *Convergencia*. 25 (76). DOI: 10.29101/crcs.v25i76.4590
- Faneite, J., Feo, A., & Toro Merlo, J. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 72 (1), pp. 4-12. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002&lng=es&tlng=es.
- Felgueiras, M. C. M. A. & Graça, L. C. C. da. (2013). Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (11), pp. 77-84. <https://dx.doi.org/10.12707/RIII12136>
- Gobierno de la Provincia de Salta. (2011-2016). *Plan Quinquenal de Salud. Ministerio de Salud Pública*. Recuperado de:

http://saladesituacion.salta.gov.ar/pagsala/paginas/asis/planes_estrategicos/documentos/plan_quinquenal.pdf

Graça, L. C. C., Figueiredo, M. do C. B., & Carreira, M. T. C. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (4), pp. 27-35. Recuperado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200003&lng=es&tlng=pt

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ta ed.) Recuperado de: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Jodelet, D. (1986). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. En S. Moscovici. *Psicología Social II* (pp. 469-479). Barcelona: Paidós.

Lamas, M. (2007). *El Género es Cultura. V Campus Euroamericano D Cooperação Cultural*. Almada: Portugal. Recuperado de: https://perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/3.p_lamas_m._el_genero_es_cultura.pdf

León, M. (2002). *Representaciones Sociales: actitudes, creencias, comunicación y creencia social*. En F. Morales, D. Páez, A. Kornblit & D. Asún, *Psicología Social*. (pp. 667-385). Buenos Aires: Pearson Educations.

- Llaya, J. (Agosto, 2007). Actores y Agenda en el sistema de Salud Argentino. Ministerio de Salud Provinciales: el caso de Salta. *Seminario IV. Centro de Estudio de Estado y Sociedad*. Recuperado de: <http://www.cedes.org.ar/publicaciones/sspp/2007/sspp200704.pdf>
- Medina, G. (Diciembre, 2009). Violencia Obstétrica. *Revista de derecho de familia y de las personas*. Recuperado de: <http://www.gracielamedina.com/violencia-obstetrica/>
- Menéndez, E. L. (1988). Modelo Medico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de Salud. Buenos Aires*. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Morales Calatayud, F (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. México: UniSon.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *Informe mundial sobre la violencia. Sinopsis*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf;jsessionid=C5A937F18C80EC41D59E46713615DBB4?sequence=1
- Perera Pérez, M. (2003). A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. CIPS. *Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. Bibliotecas Virtuales de CLACSO*. Recuperado de:

http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera_perez_repr_sociales.pdf

Pintos Medina, A. L. (2015). *Maternidad: reflexiones sobre sus significados y las construcciones del imaginario social. Partiendo de la experiencia práctica en un Centro para mujeres con niños/as y adolescentes a cargo, en situación de calle.* (Trabajo Final de Grado). Universidad de la República Oriental de Uruguay, Uruguay. Recuperado de: http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_7.pdf

Piña Osorio, J. M., & Cuevas Cajiga, Y. (2004). La teoría de las representaciones sociales: Su uso en la investigación educativa en México. *Perfiles educativos*, 26(105-106), 102-124. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982004000100005&lng=es&tlng=es

Sáenz Díaz, D. K., Maldonado González, A. L., & Figueroa de Katra, L. (2016). Estructura y organización de la representación social sobre consumo. El caso de la colonia 18 de marzo de Minatitlán, Veracruz. *Cultura y representaciones sociales*, 11(21), 211-241. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102016000200211&lng=es&tlng=es.

Schwartz, P. K. N. (2010). La Maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media. *Revista de Crítica Social*. Recuperado de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/ar/ar-030/index/assoc/D404.dir/6.pdf>

Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (2004). *Salud Publica. Ley N° 25.929*. InfoLeg. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>

Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (2009). *Ley de protección integral a las mujeres, Ley N° 26.485*. InfoLeg. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

Videla, M. (1997). *Maternidad mito y realidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

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: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100010&lng=es&tlng=es.

ANEXO

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Las representaciones sociales sobre la violencia obstétrica en médicos/as obstetras del hospital materno infantil de la ciudad de Salta, 2019”

Por la presente, yo _____
con DNI _____ declaro:

He sido invitada/o a participar en la investigación. Las representaciones sociales sobre la violencia obstétrica en médicos obstetras del hospital materno infantil de la ciudad de Salta, 2019, llevada a cabo por María Florencia Babiez, alumna de la Universidad Católica de Salta

Recibí la información necesaria de manera clara, precisa y comprensible, sobre la naturaleza, los objetivos, el procedimiento, y el tiempo que se seguirán a lo largo de todo el proceso de esta investigación.

He interpretado que la participación en la investigación es voluntaria, también he logrado realizar todas las preguntas que considere necesarias sobre la misma. Tengo en conocimiento que puedo decidir interrumpir mi participación en cualquier momento de la misma.

Por lo expuesto anteriormente ofrezco mi consentimiento informado para participar en la citada investigación.

Firma:

Y una vez que le hacen el diagnóstico, ingresa a lo que sería la UTPR, en la UTPR transcurre todo su proceso de parto hasta el nacimiento, inclusive las 2 horas posteriores al nacimiento con su bebé. Y después de finalizado el nacimiento, la paciente se va a la internación conjunta siempre en compañía de su bebé. En caso de que se pueda y estén los dos bien.

5) ¿Alguna vez sintió que la institución no respaldaba su accionar, o le exigía un accionar que va contra sus valores o creencias?

Rta: Si... hay situaciones en las que uno se siente un poco más vulnerable o en la que se siente un poco más desprotegido por la Institución. No por el servicio, más que nada por la Institución en general.

Eh, nosotros por ahí estamos muy expuestos en esta profesión y ante ciertos eventos adversos principalmente litigios, la Institución no se hace cargo de esas situaciones. O sea, es el médico que está solo y responde por el mismo ante una situación cual haya sido que lo lleve a un juicio, o a una situación que amerite quizás una defensa. La institución no te defiende. Y ya es el médico el que tiene que hacer la defensa propia.

6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?

Rta: Fuera del proceso de parto. Sacando digamos lo que es la atención de la paciente... eh bueno hay eventos por ahí ... maltrato de pacientes, maltrato de familiares; situación en la que uno se expone estando en la guardia cuando hay mucho volumen de paciente y uno no le puede dar la respuesta al tiempo que ellos prefieren o el tiempo que ellos esperan. Eso por ahí genera situaciones disconformes, de enojo de violencia hacia, hacia el personal médico y son situaciones a las que uno se expone en esta profesión.

7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?

Rta: Y la violencia obstétrica es la violencia ejercida por cualquier personal de nuestro hospital hacia la mujer. No solo por el hecho físico sino psicológicos, verbal, en cualquier sentido. No solo ejercida por el obstetra sino también por cualquier personal que invoque o se involucre en la atención de esa mujer que viene a este hospital.

8) ¿La institución tiene algún protocolo de acción específico, para los posibles casos denuncias obstétricas?

Rta: Tiene un protocolo de acción para evitar todos estos casos, que están bien establecidos. Que... bueno es lo que te comentaba hace rato, que es desde el accionar

la información, brindarle la compañía... la posibilidad de estar acompañada, de la paciente elegir sus posiciones.

Si vos me preguntás si existe un protocolo de manejo de o ante un caso de violencia no creo que lo tengan. Pero si tienen normas establecidas para evitar justamente que se generen estos casos.

9) ¿Alguna vez experimento de cerca casos de violencia Obstétrica?

Rta: Si, si, la violencia obstétrica existe y si vi casos. A lo largo de la profesión te enfrentas muchas veces a situaciones donde la vez y... y muchas veces quizás hasta inconscientemente uno puede ejercer violencia sin darse cuenta. Porque la interpretación de la violencia obstétrica es de la paciente no es del personal que la atiende.

Muchas veces uno puede estar pensando que está actuando bien o que no está haciendo un acto violento, pero es comprendido por la otra parte como un acto de violencia.

Como te decía, vi casos, pero de compañeros no puntuales conmigo.

Personal te podría decir, hechos de paciencia. Jamás creo que ningún médico se levanta y va a decir "hoy día voy a ejercer violencia contra una paciente"; no creo que pase, yo creo que son distintas situaciones: cansancio, estrés, situaciones emocionales propias de cada uno... que puede llevar a ser que uno pierda la tolerancia ante ciertos eventos.

Así como caso puntual no me acuerdo en estos momentos, no te podría decir, pero por ahí brindar poca información por el hecho de estar apurado. Tratar de terminar el trabajo más rápido por el hecho de estar agotado, cansado; situaciones que se pueden presentar.

Y como te digo, inconscientemente uno las puede hacer y no estar interpretándolo como violencia uno, pero del otro lado se interpreta como una violencia obstétrica.

10) ¿Qué piensa usted que debiera hacer un profesional ante una denuncia?

Rta: No sé, nosotros si llega un reclamo hacemos nuestro descargo. De hecho, tenemos nuestro sector de mediación. Pero no sé qué se hace.

11) ¿Conoce casos de violencia obstétrica en otras instituciones?

Rta: Casos a ver, como para decirte en particular yo creo que cada vez lo estamos viendo menos, pero si tomar conductas sin autorización, o colocar una medicación sin preguntar a la paciente o sin explicarle porque se hace la medicación, eh romper una bolsa y no explicarle a la señora que se le está por hacer o porque se busca hacer ese

tipo de práctica.

Muchas veces es la falta de comunicación lo que lleva, desde mi punto de vista a observar eventos de falta de comunicación que se interpretan que son violencia obstétrica no que se interpretan. Y... personal que llegue a maltratar, a gritar o a tratar de calmar a una paciente que esta descontrolada descontrolándose más todavía.

Eso lo vivimos frecuentemente, creo que cada vez menos, no te podría decir una frecuencia o un porcentaje, pero estoy seguro que cada vez menos.

12) ¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?

Rta: Siiii... familiares. Yo tuve una experiencia bastante desagradable en la guardia de obstetricia atendiendo a una paciente donde, estando yo con una paciente dentro del consultorio el familiar de otra paciente que estaba esperando afuera nos pateó la puerta; entro mientras la mujer estaba desnuda, mientras le estábamos haciendo un examen. Exigiendo que se la atienda a su señora, y bueno... la verdad que fue muy desagradable.

Si... te da miedo, temor porque a la misma paciente que estaba siendo atendida en ese momento, eh, es una situación de vulnerabilidad. La verdad que desagradable.

13) ¿Le gustaría dar alguna otra opinión u observación al tema del que hemos conversado?

Rta: Me parece, en lo personal, un tema interesante. Estos días vos acá pudiste ver más o menos como es el manejo, como trabajamos, los cambios de horarios, las guardias. Y qué bueno que se pueda mostrar o conocer que pensamos los médicos o si vivimos experiencia de violencia o maltrato también por la paciente o los familiares.

Y como te decía, no creo que ningún médico se levante pensando en ejercer violencia o maltrato. Si ocurre es inconsciente y hay que tener en cuenta como lo percibe la otra parte.

Muchas gracias por su colaboración

Sujeto 2

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA VIOLENCIA OBSTETRICA

Fecha: 16/08/2019

Lugar: Hospital Público Materno Infantil de Salta

Entrevistado: anónimo

Sexo: Masculino

Edad: 62 años

“La siguiente entrevista está orientada a obtener información acerca de las Representaciones Sociales que posee usted como médico/a obstetra, en relación a la violencia obstétrica. Rogamos responda con total libertad, y le aseguramos que toda la información que brinde será utilizada solo para el propósito que persigue esta investigación, con el mayor rigor científico, garantizando la confidencialidad y fidelidad de la información”

PREGUNTAS:

1) ¿Hace cuánto trabaja en el Hospital?

Rta: Llevo en total 30 años de servicio, estuve en todos los cambios. Sumado que tengo una especialización en tratar las ecografías, a los 3 meses, para detectar el Síndrome de Down

2) ¿Cuál es su opinión sobre las normas o exigencias que la institución establece sobre las tareas que debe cumplir?

Rta: Que están bien las normas de la institución. Por algo estamos en corto nivel, sabemos lo que implica. El día a día es complicado. Pasamos por todo tipo de situaciones que nadie tiene ni en cuenta. Nadie se pregunta lo que vivimos nosotros todos los días.

3) ¿Cómo cree que se podría mejorar o facilitar el rol que debe cumplir el médico?

Rta: Siempre se puede mejorar, se tiene que querer nada más. Pero es difícil para esta sociedad respetarnos. Nosotros sabemos que en primer lugar está el paciente y él bebe.

4) ¿Cuál es el protocolo de acción del médico obstetra cuando llega una mujer en trabajo de parto al hospital?

Rta: El que está consensuado por la institución, con excepciones claramente.

5) ¿Alguna vez sintió que la institución no respaldaba su accionar, o le exigía un accionar que va contra sus valores o creencias?

Rta: No. Ellos respaldan todo. Acá no nos llega nada.

6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?

Rta: Nos olvidamos que somos, él bebe escucha. Hay que darle bola al bebe. Hay demasiada gente y pocos médicos; se tiene que trabajar en la relación médico-paciente el factor TIEMPO. En la pregunta fundamental “¿en que lo puedo ayudar?”. El médico se olvida del bebe; nosotros nos olvidamos del bebe y por eso es

<p>Representaciones Sociales que posee usted como médico/a obstetra, en relación a la violencia obstétrica. Rogamos responda con total libertad, y le aseguramos que toda la información que brinde será utilizada solo para el propósito que persigue esta investigación, con el mayor rigor científico, garantizando la confidencialidad y fidelidad de la información”</p>
<p>PREGUNTAS:</p>
<p>1) ¿Hace cuánto trabaja en el Hospital?</p> <p>Rta: Ehhmmm 14años.</p>
<p>2) ¿Cuál es su opinión sobre las normas o exigencias que la institución establece sobre las tareas que debe cumplir?</p> <p>Rta: Están bien, a nosotros de arriba no nos molestan. Ni nos llamas.</p>
<p>3) ¿Cómo cree que se podría mejorar o facilitar el rol que debe cumplir el médico?</p> <p>Rta: Y bueno, quizás agregando más personal a veces acá no damos abasto con tanta gente.</p>
<p>4) ¿Cuál es el protocolo de acción del médico obstetra cuando llega una mujer en trabajo de parto al hospital?</p> <p>Rta: Como médico, al margen del protocolo establecido por la institución que debemos seguir, es asegurarnos que la mama y él bebe estén bien. Evaluar que vaya progresando bien ese trabajo de parto.</p>
<p>5) ¿Alguna vez sintió que la institución no respaldaba su accionar, o le exigía un accionar que va contra sus valores o creencias?</p> <p>Rta: No estuve en situaciones así, desconozco como reaccionaria la institución.</p>
<p>6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?</p> <p>Rta: Con las personas que acompañan. Considero que ponen más nerviosa a la mama y eso dificulta el proceso. A veces se ponen hasta violentos.</p>
<p>7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?</p> <p>Rta: Si, bueno, en realidad vas a pensar que soy un médico complicado pero hay en cositas que estoy a favor y otras la mayoría probablemente en contra. Para mí una mujer no tiene un parto si no tiene una vía y una de las formas de violencia obstétrica es colocar un suero.</p> <p>El trato si obviamente hay que tratar de contenerla. Pero por ahí uno no está acostumbrado a decirle por su nombre, los residentes te dicen “diga por su nombre,</p>

diga por su nombre” y es por una cuestión de protección nuestra no por otra cosa. A mí por ahí me sale todavía decir “gordita tranquila” , “gordita va a estar bien él bebe”. Ahora si lo hacemos. De llamarla por su nombre o decirle señora, pero no es fácil, no te digo que lo es porque no. En ese sentido.

Después lo otro, no creo que sea

8) ¿La institución tiene algún protocolo de acción específico, para los posibles casos denuncias obstétricas?

Rta: Ah, no tengo idea. A nosotros se que nos piden a veces un descargo sobre alguna situación. Pero desconozco si hay un protocolo.

Ah y si tenemos nuestro centro de mediación.

9) ¿Alguna vez experimento de cerca casos de violencia Obstétrica?

Rta: No.

10) ¿Qué piensa usted que debiera hacer un profesional ante una denuncia?

Rta: Supongo que hacer un análisis. De todas maneras a los médicos siempre nos piden un detalle de toda la situación, desde que la mamá ingresa hasta que se retira con su bebe. No es que cada uno hace lo que desea. Así no, no funcionan las cosas así.

Y en el caso que llegue una denuncia, se por colegas que les solicitaron un descargo por nota.

11) ¿Conoce casos de violencia obstétrica en otras instituciones?

Rta: No.

12) ¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?

Rta: Siiii... Puffff... casi siempre, verbal o física, me han mordido, me han pellizcado, me han gritado. Hubo una vez que yo sentí que iba a ser peor pero por parte de un familiar que, al ver con dolores a la esposa comenzó a pedir que le hagamos cesárea, y el bebe ya estaba saliendo. Y se vino con todo a empujarme, levanto la mano pero los enfermeros lo corrieron. O sea se ve de todo.

13) ¿Le gustaría dar alguna otra opinión u observación al tema del que hemos conversado?

Rta: No sé. Está bien encarada tu tesis, a nosotros nunca nadie nos preguntó cómo vivimos, como la pasamos y lo que pensamos. Nos vienen a dar charlas para no decir “gordita” porque es violento pero hay cosas peores. Y a las madres cuando están por tener bebe les damos una charla y se les enseña ejercicio y ni te aparecen. Así son.

primer piso. Pero hay que fijarse como viene la mano, porque se vienen a quejar de cualquier cosa, más que nada los familiares o acompañantes.

Pero ahora está el otro lado, te puedo asegurar que nosotros como médicos, yo me incluyo y hasta mis compañeros, no nos quejamos, no vamos a contar que fue lo que nos sucedió. Nos quedamos callados, entonces es sencillo hablar, pero no conocemos como actuaría la institución. Los médicos no nos quejamos con un descargo o una nota, nos callamos. No habla. No hace nada.

4) ¿Cuál es el protocolo de acción del médico obstetra cuando llega una mujer en trabajo de parto al hospital?

Rta: Y bueno se la recibe en la guardia del CRIBADO que así la llamamos, ahí se la revisa, le toman los datos. E ingresa, es traída al primer piso en el caso que no hubiera complicaciones o ningún problema con la mamá y él bebe. Y se la prepara para iniciar el proceso de parto, o se la ayuda en el caso que sea necesario.

Si hubiera alguna complicación o algo es llevada al 2do piso. Para ser asistida

5) ¿Alguna vez sintió que la institución no respaldaba su accionar, o le exigía un accionar que va contra sus valores o creencias?

Rta: La institución no respalda nada, te da rabia que te quieren imponer lo que ellos quieren.

6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?

Rta: Y yo también hago la parte privada, el consultorio. Y ahí puedo hablar con ellas libremente. Pero en el caso que llegue una urgencia es distinta.

Vos trabajas acá, te pasa algo y tengo que notificar, acá en general no comunican.

Para, a ver (y saca una carpeta), cuantas notas de médicos que se quejan o que han sido agredidos o violentados vez... no hay ninguna y es que los medios no comunicamos.

7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?

Rta: Es la violencia o maltrato verbal o físico que los médicos o el personal de salud ejerce contra la paciente o los familiares, durante el proceso de parto o posterior

Ehhh y bueno... mira conocer como conocer no las conozco a las leyes. Sé que hay una de parto humanizado y otra de protección. Te lo menciono porque si nos dieron 2 charlas donde nos explicaron como tenemos que llamar a la mujer que llega al hospital y hasta cuando se retira.

No obstante se olvidan de este lado, del médico y de cómo tiene que a veces hacer

hasta lo imposible y cambiar el mecanismo por una urgencia. Hay mujeres que no se hacen los controles durante el embarazo y llegan a la guardia como si nada. Y vos bueno, tenes que salvarlos.

8) ¿La institución tiene algún protocolo de acción específico, para los posibles casos denuncias obstétricas?

Rta: Supongo que sí, dudo mucho que los de arriba no se defiendan. Seguro. Sé que hay un abogado y todo en la institución.

9) ¿Alguna vez experimento de cerca casos de violencia Obstétrica?

Rta: No. Para nada.

10) ¿Qué piensa usted que debiera hacer un profesional ante una denuncia?

Rta: Supongo que analizar la situación. Nada más. Nosotros siempre que atendemos a alguien dejamos todo por escrito establecido. No es que decidimos así porque sí.

11) ¿Conoce casos de violencia obstétrica en otras instituciones?

Rta: No.

12) ¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?

Rta: Pufffff, siempre, casi siempre por ellos. Es entendible que la mujer en el trabajo de parto grite, o se enoje, o digas cosas feas. Es la que siente el dolor, es la que está 9 meses con su bebe en la panza. Ahora el acompañante o familiar es otra cosa, ellos si me ha tocado casos donde me empujan, me gritan, ellos quieren que haga cesárea para que no duela, y de todo. Acá vez todo.

Llega una paciente, yo ni la juno. Entonces qué es lo único que yo puedo hacer es revisarla y preguntar que necesita. Ella actuara por los dolores, actúa muchas veces violenta. Y al costado está el acompañante o familiar que la ve sufrir y se pone loco.

Igual se dictan curso pre parto, pero la mayoría no los hacen. No vienen ni a los controles. Son descuidadas, sucias. De todo. Si hicieran el curso y vendrían a los controles, seria todo más sano y evitaríamos complicaciones.

13) ¿Le gustaría dar alguna otra opinión u observación al tema del que hemos conversado?

Rta: Más información, para hablar de leyes primero informemos y conozcamos desde adentro. Vos con tu trabajo y ahora lo vez de adentro hay otra realidad. Por supuesto que antes de la violencia obstétrica creo que está mal que hablemos de aborto porque falta informar. A la gente no le interesa lo que se puede evitar. Aun así, lo tienen a todo gratis, todo. Pero como no les interesa y el estado no hace nada sino seguir

no se hizo ningún control en los 7 meses que lleva y no sabe que su bebe está por nacer sin cráneo ni nada. Ninguna, pero para ellos soy yo.

4) ¿Cuál es el protocolo de acción del médico obstetra cuando llega una mujer en trabajo de parto al hospital?

Rta: y yo comencé con la Maternidad Tradicional. Ahora, en cambio, ya tenemos la Maternidad segura y centrada en la familia. Es más completa. Recibimos a las mamas con trabajo de parto en el Cribado, ahí es donde se le toma los datos y se realiza el ingreso correspondiente. Mientras es revisada, aclara eso porque después dicen que no se las revisa y es más que obvio que si paso al 1 piso donde es parto es porque se la reviso previamente.

La mujer que entra en trabajo de parto es llevada al 1 piso, donde se la controla y ayuda para su parto. Puede entrar con un familiar o acompañante, que generalmente es el esposo o la madre.

A ver, para, aclara que va al 1 piso si todo está en orden sino en casos donde la mama presenta alguna complicación o enfermedad como HIV es llevada al 2 piso para ser asistida en el parto.

5) ¿Alguna vez sintió que la institución no respaldaba su accionar, o le exigía un accionar que va contra sus valores o creencias?

Rta: Con muchas cosas del piso y de mi equipo sí. Siento que no nos respalda, pero después tengo que decir que acá no nos llega nada. A lo sumo nos piden por escrito que comentemos la situación con tal paciente.

6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?

Rta: No ninguna.

7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?

Rta: La violencia obstétrica es la violencia ejercida por el personal de salud sobre la mujer que llega en proceso de parto, y sé que también posteriormente.

No no tengo la más pálida idea de los protocolos. Nosotros con mis compañeros registramos todo, anotamos todo, detallamos todo. No se nos olvida nada, pones suero y se escribe suero, pones algo y se lo escribe. Nadie toma decisiones porque sí. Sabemos lo que estamos haciendo.

Y con respecto a la violencia obstétrica, VO como la llamamos nosotros, considero que lo mejor es responder, hacer análisis, controlar con cuidado la situación, prepararla para su momento y chau.

PREGUNTAS:**1) ¿Hace cuánto trabaja en el Hospital?**

Rta: Hace 6 años.

2) ¿Cuál es su opinión sobre las normas o exigencias que la institución establece sobre las tareas que debe cumplir?

Rta: La verdad que sí, la verdad que estoy conforme porque creo que todos los que tienen las exigencias o las normas, lo que buscan es dar un respaldo a lo que es nuestra profesión, a nuestra seguridad como médicos no. Este, por ahí podría haber algunas cuestiones con las que no estoy muy de acuerdo pero creo que con el tiempo las cosas van a ir mejorando.

Pero a grandes rasgos creo que sí, que lo que busca la institución más que nada es resguardarnos, protegernos. Y en las cuestiones que, como justamente este tema trata justamente la violencia obstétrica es lo que más vivimos día a día. Es un momento muy especial, la madre, el niño por nacer; y a veces hay un límite muy finito donde este si no sabes manejarte y no tenes un respaldo con protocolos o normas quedas a la deriva.

3) ¿Cómo cree que se podría mejorar o facilitar el rol que debe cumplir el médico?

Rta: Mayor personal. Somos muy pocos para tanta gente que llega.

4) ¿Cuál es el protocolo de acción del médico obstetra cuando llega una mujer en trabajo de parto al hospital?

Rta: Bueno, lo primero que hacemos es recibir la admisión, desde el vamos que es abajo. Lo que hacemos en CRIBADO es realmente detectar aquellas pacientes que están en trabajo de parto, con todas las características que llevan a decir que está en trabajo de parto: sea contracciones, dilatación, valoramos todo eso. Y si después de eso, asumimos que si está en trabajo de parto. Es llevada al 1 piso y nos guiamos a partir de un partograma que tenemos que lo que hacemos es valorar conductas en un tiempo determinado y viendo si va evolucionando o no, aplicando medicación o terapéuticas si son necesarias. Y este, eh para terminar en un parto favorable.

En caso de que se complique o pase algo, o este, u ocurra algo que este dentro la contemplación nuestra para finalizar de otra manera, de otra vía. Porque acá en el hospital siempre priorizamos lo que es el parto respetado. Y en caso que no se pueda o la paciente misma no quiera, bueno se finaliza por cesárea.

5) ¿Alguna vez sintió que la institución no respaldaba su accionar, o le

exigía un accionar que va contra sus valores o creencias?

Rta: Si, este, hay situaciones en donde vos sentís que no te respalda. Por ahí somos nosotros muy protocolares, que está bien a veces te respalda eso, pero a veces también hay que tener otro tipo de contemplación no. Nosotros somos muy de tomar acciones y es como yo digo somos a veces hasta agresivos; ponele ingresa una paciente en trabajo de parto, con 4 centímetros y se valora en 2 horas, si en 2 horas esa paciente no modifico ese tacto se hace algo. Bueno a ver que le falta, contracciones, bueno listo le pongamos oxitocina, bueno listo. En 2 horas volvemos a valorar, sigue con 4, bueno que hacemos, bueno rompamos bolsa. Listo rompemos bolsa para que esa dilatación avance. Y llega un momento de que te quedas sin herramientas porque un lapso de 6 horas para que esa dilatación comience a modificar y si no modifica, finalizas por cesárea.

Y eso me parece a mí a veces o agresivo. Quizás por los tiempos del hospital y que viene tanta gente. Porque por ejemplo, yo estaba en Tartagal donde obviamente la casuística, la cantidad de gente es mucho menos; entonces, ponele una paciente que ingresa en trabajo de parto con 4 centímetros vos tenes la opción de decir “No para, la aguantemos el tiempo que sea necesario”, y lo sabes porque vos estas ahí sola con esa paciente y le estas dando hasta más oportunidades a esa paciente. Y esa paciente va a funcionar y va a estar bien en el trabajo de parto y no voy a ser agresiva como quizás lo somos acá.

Pero los pacientes acá son distintos. A veces están las salas ocupadas, están los asientos completos, hasta las camillas todas ocupadas, parece una cosa de “cama caliente”, entra una, sale la otra y así. A veces hay partos en la camilla, de la cantidad de gente que hay que no te permite, por ahí. Y no te permite decir “bueno che es una primeriza nunca tuvo un parto la aguantemos 2 horitas más a ver si modifica” y no. Acá tenes que actuar o actuar y no te dejan la libertad de decir que la esperemos.

6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?

Rta: No, no que recuerde.

7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?

Rta: ¡Ay! La violencia obstétrica... ¡ah! Yo creo que violencia obstétrica es cuando vos, en realidad, cuando no sabes respetar, quizás, los tiempos y los momentos del trabajo de parto. Lo que respecta al accionar médico porque por ahí la paciente ni se da cuenta realmente. Como te decía, el tema de la violencia obstétrica pasa por ahí, no

hay tiempo a veces, y puede resultar violento eso. Eh, o violencia es cuando por ahí no acompañas bien a un paciente, que ha habido quejas acá donde las pacientes se sienten violentadas y maltratadas; llegando a pegarme o empujarme e insultarme por eso.

Acá se viven cosas. Eso ya con respecto al físico. Pero este, violencia es todo eso. Es una suma de cosas, tanto acciones como no acciones, verbales, físicas y de todo. Y hasta todo el entorno puede ser violento para la paciente; quizás la paciente piensa que un médico está siendo violento cuando en realidad no está siendo violento, entonces hay que ver. Y para la paciente es violencia.

8) ¿La institución tiene algún protocolo de acción específico, para los posibles casos denuncias obstétricas?

Rta: Desconozco todo eso.

9) ¿Alguna vez experimento de cerca casos de violencia Obstétrica?

Rta: Escuche mucho y más en los últimos años. No es por defendernos pero habría que analizar realmente como es la situación.

Hay un caso que salió en los diarios de una chica que vino a tener un parto, y eso que nosotros las tenemos solo 6 horas, y a pesar de ese tiempo este los pacientes no tiene paciencia, no quieren esperar. La pasamos finalmente a cesárea a esa señora y ella en todo su relato, después cuando hace la denuncia, dice que se sintió violentada hasta por la anestesia que son lo más amoroso que hay en este hospital, que no tienen implicancia ni nada. Pero ella percibió e involucro hasta al camillero. Y en ese momento que esta vulnerable todo puede ser considerado violento.

10) ¿Qué piensa usted que debiera hacer un profesional ante una denuncia?

Rta: Yo creo que ver bien que fue lo que paso y analizar, pensar, como te decía, a veces no es violencia sino que así lo percibió la paciente en ese momento.

11) ¿Conoce casos de violencia obstétrica en otras instituciones?

Rta: Si he escuchado de muchas. Y más en los últimos años.

12) ¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?

Rta: Si mieles de veces, y no solo yo, sino también mis colegas un montón de veces. Los pacientes te gritan, más que nada las parejas o los familiares que acompañan a la paciente, obviamente que se yo, viendo a su familiar con dolor te gritan. Pero no entienden que es parte del trabajo de parto. No hay un parto que no sea con dolor. Y por ahí no entienden, no comprenden, vos tratás de hacer entender y están a la

negativa y terminan violentándose. Y hay situaciones por ahí en las que vos, nada quedas expuesto y no tenes a nadie que te respalde, y vos entonces decís “ellos pueden ser violentos con nosotros pero nosotros, eh, no podemos hacer nada”. No podes hacer nada esa es la cosa.

Una vez tuve una situación en que un paciente, este, en el Cribado me quiso pegar pero porque quería que la examinara a su mujer un médico varón; en ese momento eran las 3:00 de la mañana estaban todos operando, no había ya médico para bajar y habían solamente médicos mujeres hasta enfermeras. Y él quería que la revisara un médico varón, le mencione que no se podía y se alteró, se enojó, comenzó a gritar, se violentó, comenzó a tirar las cosas.

13) ¿Le gustaría dar alguna otra opinión u observación al tema del que hemos conversado?

Rta: Que con este trabajo nos ayudes así nos respetan un poco más. Principalmente la institución, los de arriba, que nos cuiden. Que antes de recibir una denuncia o una queja primero lo fundamental es la claridad; nunca me llevo una denuncia, por suerte, y es porque trato siempre de, eh uno ingresa como residente y vez todas estas situaciones y vez compañeros que los denuncian y todo. Yo por lo menos trato siempre de protegerme desde que lado, siempre yo creo que la claridad es fundamental, si vos al paciente le explicas que va a pasar, el parto, el paso a paso, el minuto a minuto, mira te voy a poner esto, preguntar ¿estás de acuerdo?, que ella realmente entienda que es lo que está viviendo... obviamente la hace que la paciente tome otra postura.

Muchas gracias por su colaboración

Sujeto 7

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA VIOLENCIA OBSTETRICA	
Fecha: 20/08/2019	
Lugar: Hospital Público Materno Infantil de Salta	
Entrevistado: anónimo	
Sexo: Masculino	Edad: 50 años
“La siguiente entrevista está orientada a obtener información acerca de las Representaciones Sociales que posee usted como médico/a obstetra, en relación a la violencia obstétrica. Rogamos responda con total libertad, y le aseguramos que toda la información que brinde será utilizada solo para el propósito que	

persigue esta investigación, con el mayor rigor científico, garantizando la confidencialidad y fidelidad de la información”
PREGUNTAS:
<p>1) ¿Hace cuánto trabaja en el Hospital?</p> <p>Rta: Hace aproximadamente 15 años.</p>
<p>2) ¿Cuál es su opinión sobre las normas o exigencias que la institución establece sobre las tareas que debe cumplir?</p> <p>Rta: Si, si las normas generalmente están hechas con medicina basada en evidencia, así que en ese aspecto estamos bastante bien actualizado y todo con esos protocolos.</p>
<p>3) ¿Cómo cree que se podría mejorar o facilitar el rol que debe cumplir el médico?</p> <p>Rta: Estamos muy bien, nosotros todos acá tenemos nuestra especialización y trabajamos con todos las patologías y estamos preparados para todo. En caso de ser necesario a veces si se complica llamamos a un colega.</p> <p>Por ahí el tema de más profesionales, porque también las guardias son interminables.</p>
<p>4) ¿Cuál es el protocolo de acción del médico obstetra cuando llega una mujer en trabajo de parto al hospital?</p> <p>Rta: Cuando una mujer llega con trabajo de parto, que llega con contracciones no es trabajo de parto, ya el diagnostico de trabajo de parto lo hacemos nosotros con una fase pasiva y una fase activa; en la cual nosotros internamos con fase activa del trabajo de parto, lo que significa que la paciente tenga contracciones regulares en tiempo y que, digamos, que hayan modificaciones cervicales. Si, en base a eso, nosotros procedemos a internarla, a informarle a donde va a estar, que puede estar acompañada de un pariente, que puede deambular libremente, que puede ingerir líquido; o sea hay libertad en ese aspecto.</p>
<p>5) ¿Alguna vez sintió que la institución no respaldaba su accionar, o le exigía un accionar que va contra sus valores o creencias?</p> <p>Rta: En algunas situaciones si y en otras no tanto. O, en general sí. Pero ante estos casos de denuncia si, si nos resguarda. Hay hasta abogado acá.</p> <p>Y nosotros dentro de todo, somos muy solidarios entre nosotros mismos. Eh, tratamos de cuidarnos, a veces se pone el ambiente pesado con uno entonces ya va otro. Y siempre tratando de contentar a todo el entorno. Te imaginas que nosotros estamos más expuestos y más en estas épocas que cualquier cosa. Mira ahora el decir “gordita” es considerado negativo, discriminatorio; y creo que hay una exageración,</p>

también, en cuanto a, demasiada te diría ya.

6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?

Rta: Y sí, tenemos 2 vidas, y no es que es una paciente en lo privado que le haces el seguimiento vos. No sino que es completamente alguien extraño. Puede pasar de todo.

7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?

Rta: Y violencia obstétrica está considerada cuando uno, digamos, no cumple algunas cuestiones en cuanto a la paciente como ser no decirle el nombre, o hacer algún procedimiento que no está considerado, que no está contemplado en algún protocolo, o usar un protocolo de integración sin consentimiento de la mujer. Este, esto es lo que se considera hoy violencia obstétrica, que no le des participación en las decisiones, o que vayas sin tener una buena relación entre médico- paciente (que quiero decir con esto, sin presentarte, porque hay casos donde uno va a dar una medicación y la mujer no te vio jamás), que no la hagas participe del hecho fundamental, digamos, que es el parto.

8) ¿La institución tiene algún protocolo de acción específico, para los posibles casos denuncias obstétricas?

Rta: Cálculo que sí. Pero los desconozco, igual tienen un abogado. No obstante, nosotros dejamos todo registrado por escrito, el día a día con cada paciente.

9) ¿Alguna vez experimento de cerca casos de violencia Obstétrica?

Rta: Eh yo una vez. Pero tuve problemas con el familiar de una paciente, te digo que llego en estado de ebriedad y golpeaba la puerta, tuvimos así que salir y poner un poco de orden. Estaban los guardias mirando, había una mujer en trabajo de parto y este tipo estaba violento con las enfermeras y todo. Salimos y hemos impuesto un poquito de respeto.

10) ¿Qué piensa usted que debiera hacer un profesional ante una denuncia?

Rta: Explicar todo el protocolo que realizo, y sentarse a hablar bien. Poder el hacer su descargo y explicar también. A veces se mal interpretan las situaciones.

11) ¿Conoce casos de violencia obstétrica en otras instituciones?

Rta: No no. Solo noticia.

12) ¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?

Rta: Si si, hubo situaciones en el Cribado y acá que a veces te faltan el respeto, o

3) ¿Cómo cree que se podría mejorar o facilitar el rol que debe cumplir el médico?

Rta: (sin rta)

4) ¿Cuál es el protocolo de acción del médico obstetra cuando llega una mujer en trabajo de parto al hospital?

Rta: Bueno el estilo de maternidad al que implementamos como mecanismo es la Maternidad segura y centrada en la familia, que el hecho de que entre alguien de la familia ya sea pareja, sea la familia, sea la mamá que ella quiera adentro nos costó muchísimo. Porque bueno yo soy grande digamos, en cambio, la gente joven se formó con la gente ya adentro. Entonces a ellos es como si les faltara algo, dicen ellos “no entro el familiar”. A nosotros allá nos costó muchísimo, nos costó muchísimo que los médicos puedan trabajar con un familiar adentro.

Lo que ahora parece común, en ese momento no era común.

5) ¿Alguna vez sintió que la institución no respaldaba su accionar, o le exigía un accionar que va contra sus valores o creencias?

Rta: Si si te pasa.

6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?

Rta: A muchos, a veces estas atendiendo un parto y justo se complica todo y tenes que correr. No suelen hacerse los controles correspondientes las madres.

7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?

Rta: Y bueno es una violencia que se ejerce sobre la mujer que llega embarazada o en proceso de parto y aun posteriormente. Siempre es producida por el personal de salud. No no conozco las leyes ni los protocolos.

8) ¿La institución tiene algún protocolo de acción específico, para los posibles casos denuncias obstétricas?

Rta: Si, existe un procedimiento de queja. Nosotros en cambio, no podemos hacer nada.

Quizás también nunca lo hablamos y no lo intentamos, por ahí si cuando hay violencia para con nuestras profesionales mujeres, que sería también violencia de genero ahí tratamos de ir a mediación o tratar de charlarlo con el señor. Obviamente siempre que se ha hecho, el señor se escuda en que lo ha hecho por un momento de vulnerabilidad, estaba teniendo familia su esposa, el dolor, el cual estaba en un momento de vulnerabilidad.

<p>9) ¿Alguna vez experimento de cerca casos de violencia Obstétrica?</p> <p>Rta: Acá en el hospital no, pero en mi vida profesional sí.</p>
<p>10) ¿Qué piensa usted que debiera hacer un profesional ante una denuncia?</p> <p>Rta: Analizar la situación.</p>
<p>11) ¿Conoce casos de violencia obstétrica en otras instituciones?</p> <p>Rta: Si si. He visto.</p>
<p>12) ¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?</p> <p>Rta: Sí. Te tratan mal a veces.</p> <p>Por lo general no es la paciente, ella está en trabajo de parto, en cambio el marido o la pareja se enoja por el dolor o no comprende que el trabajo de parto tiene dolor. Entonces se enoja con uno, uno propone usar la ducha, o usar la pelota, apagamos la luz, o hagamos algo; y se enojan te dicen: “esta con dolor, haga algo”. No podemos hacer algo.</p>
<p>13) ¿Le gustaría dar alguna otra opinión u observación al tema del que hemos conversado?</p> <p>Rta: Yo con el hospital estoy de acuerdo, creo que hemos logrado ser competitivos, con todo lo que es clínico. Brindamos mayor calidad que la gente que tiene. Estamos brindando más calidad que Los Altos de Swift Medical, cuando ellos tienen complicaciones nos derivan a nosotros. Entonces creo que le estamos dando a la gente que no tiene, lo mejor de nosotros. Y yo siempre digo, espero que los que ya nos estamos yendo, estamos dejando la vida acá. Y espero que los que vienen sigan. Ya están metidos. Y considero que va a funcionar más.</p>
<p>Muchas gracias por su colaboración</p>

Sujeto 9

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA VIOLENCIA OBSTETRICA	
Fecha: 27/08/2019	
Lugar: Hospital Público Materno Infantil de Salta	
Entrevistado: anónimo	
Sexo: Femenino	Edad: 37 años
“La siguiente entrevista está orientada a obtener información acerca de las	

<p>Representaciones Sociales que posee usted como médico/a obstetra, en relación a la violencia obstétrica. Rogamos responda con total libertad, y le aseguramos que toda la información que brinde será utilizada solo para el propósito que persigue esta investigación, con el mayor rigor científico, garantizando la confidencialidad y fidelidad de la información”</p>
<p>PREGUNTAS:</p>
<p>1) ¿Hace cuánto trabaja en el Hospital?</p> <p>Rta: 6 años hace que estoy en este hospital.</p>
<p>2) ¿Cuál es su opinión sobre las normas o exigencias que la institución establece sobre las tareas que debe cumplir?</p> <p>Rta: Bien. Están bien.</p>
<p>3) ¿Cómo cree que se podría mejorar o facilitar el rol que debe cumplir el médico?</p> <p>Rta: Comenzando por respetarnos, que es lo que le falta a la gente.</p>
<p>4) ¿Cuál es el protocolo de acción del médico obstetra cuando llega una mujer en trabajo de parto al hospital?</p> <p>Rta: Ingresa por el CRIBADO, que es la parte de emergencia de planta baja. De ahí si ya está en trabajo de parto es traída al 1 piso donde se la ayuda y acompaña durante todo el proceso. La mama puede ingresar acompañada de un familiar que generalmente es el esposo o la madre.</p>
<p>5) ¿Alguna vez sintió que la institución no respaldaba su accionar, o le exigía un accionar que va contra sus valores o creencias?</p> <p>Rta: No, no me siento protegida.</p>
<p>6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?</p> <p>Rta: A muchos, como en la mayoría no se hacen los controles, ellas siguen con su vida normal. Es más hay casos donde se enteran tarde que están embarazadas.</p>
<p>7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?</p> <p>Rta: Violencia del personal que trabaja en el ámbito de la salud hacia la paciente que viene o ingresa, desde el momento que llega hasta en el post. Pero hay que ver como lo interpreta cada uno. Hay que fijarse y ser prudentes.</p>
<p>8) ¿La institución tiene algún protocolo de acción específico, para los posibles casos denuncias obstétricas?</p> <p>Rta: Supongo que sí.</p>

<p>9) ¿Alguna vez experimento de cerca casos de violencia Obstétrica?</p> <p>Rta: No.</p>
<p>10) ¿Qué piensa usted que debiera hacer un profesional ante una denuncia?</p> <p>Rta: Ver si realmente sucedió, porque acá las pacientes se enojan ya por cualquier cosa y en especial la persona que las acompaña</p>
<p>11) ¿Conoce casos de violencia obstétrica en otras instituciones?</p> <p>Rta: No.</p>
<p>12) ¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?</p> <p>Rta: Siii. Miles de veces. Pero supongo que nunca es más que eso porque tampoco nunca se lo dije a alguien de gerencia. Lo que si mis compañeros me defienden y ellos nos cuidan. Como equipo de trabajo es un lujo esto.</p>
<p>13) ¿Le gustaría dar alguna otra opinión u observación al tema del que hemos conversado?</p> <p>Rta: Deberían modificarse las políticas de salud, para que podamos crecer. La argentina esta una tirada abajo, cada vez estamos peor.</p>
<p>Muchas gracias por su colaboración</p>

Sujeto 10

<p>REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA VIOLENCIA OBSTETRICA</p>
<p>Fecha: 16/08/2019</p>
<p>Lugar: Hospital Público Materno Infantil de Salta</p>
<p>Entrevistado: anónimo</p>
<p>Sexo: Masculino Edad: 32 años</p>
<p style="text-align: center;">“La siguiente entrevista está orientada a obtener información acerca de las Representaciones Sociales que posee usted como médico/a obstetra, en relación a la violencia obstétrica. Rogamos responda con total libertad, y le aseguramos que toda la información que brinde será utilizada solo para el propósito que persigue esta investigación, con el mayor rigor científico, garantizando la confidencialidad y fidelidad de la información”</p>
<p>PREGUNTAS:</p>
<p>1) ¿Hace cuánto trabaja en el Hospital?</p> <p>Rta: Desde el 2014.</p>
<p>2) ¿Cuál es su opinión sobre las normas o exigencias que la institución</p>

establece sobre las tareas que debe cumplir?

Rta: Bien. Por ahí que se yo, habría que modificar como para actualizarnos en algunas cosas que nos exceden pero bien.

3) ¿Cómo cree que se podría mejorar o facilitar el rol que debe cumplir el médico?

Rta: Que comiencen por respetarnos, todos, paciente y familiares.

4) ¿Cuál es el protocolo de acción del médico obstetra cuando llega una mujer en trabajo de parto al hospital?

Rta: Si (...) acá tenes protocolo de todo. Por parto normal y las pacientes con embarazos patológicos, con alguna enfermedad. Anotando siempre como te vas a manejar, cuanta medicación, haciendo un control desde que ingresa. Está todo protocolizado.

5) ¿Alguna vez sintió que la institución no respaldaba su accionar, o le exigía un accionar que va contra sus valores o creencias?

Rta: No. Si nos respalda. Acá si te sentís (...) eh si te respalda, (...) si te cuida. En tu accionar y si podes trabajar tranquilo porque si tenes respaldo por parte de ellos. Es como toda una unidad, está el servicio, lo administrativo, la gerencia. Si tenes, en el hospital, respaldo para trabajar y lo podes hacer con libertad.

No es lo mismo trabajar con miedo a equivocarte y saber que nadie te va a cuidar, a trabajar tranquilo. Y no sé si equivocarte, porque “las buenas acciones a veces no traen buenos resultados” uno puede actuar bien pero no te garantiza un buen resultados materno como fetal. A veces hay resultados que, situaciones que escapan a la realidad; que están previstas, que pueden suceder y ante todo eso si estas respaldado siempre.

6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?

Rta: Muchos, pueden surgir muchas cosas. Todo el tiempo estamos alerta, a diferencia de otras especialización es nosotros estudiamos y nos especializamos para salvar 2 vidas.

7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?

Rta: Y (...) yo creo que es, la violencia obstétrica, yo creo que es referida a la atención de la paciente obstétrica embarazada, seria no respetar su decisión ante como quiere finalizar su embarazo, en cuanto a con quien quiere estar acompañada, en cuanto a no respetar algo cuando vos tomas una decisión y ella no está de acuerdo, es lo

mismo que no respetarla. Hacer algo en contra de lo que ella desea.

Siempre y cuando esa posición, eh, esa posición que está decidiendo no afecte contra su vida. Porque muchas veces, vos tomas una determinación y la persona te puede decir que no quiere pero vos sabes que si vos no actúas, sea, puede tener un mal resultado. Entonces en esas situaciones vos si podes, me entendes, actuar porque bueno si estas respaldado. Legalmente e institucionalmente vas a estar respaldado porque vos has hecho lo que se debía hacer. Por eso te digo, hay situaciones donde vos tenes un bebe que viene mal o algo y la madre no quiere porque tiene miedo a la cesárea pero bueno, vos tenes que explicar los riesgos los pro y los contra.

(...) Tenes que actuar, no contas con el consentimiento de la paciente. Pero en general en lo que es la atención al parto si respetamos.

8) ¿La institución tiene algún protocolo de acción específico, para los posibles casos denuncias obstétricas?

Rta: Cálculo que sí.

9) ¿Alguna vez experimento de cerca casos de violencia Obstétrica?

Rta: No.

10) ¿Qué piensa usted que debiera hacer un profesional ante una denuncia?

Rta: Analizar, eh rever la situación. Igual acá está registrado y anotado todo.

11) ¿Conoce casos de violencia obstétrica en otras instituciones?

Rta: No.

12) ¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?

Rta: Si, miles de todo. Todo el tiempo te pasa. Más que nada con los familiares. Como te explicaba (...) llega una paciente y se hace todo lo indicado por el protocolo, y él bebe no sabe y ella no dilata. Si ya paso tiempo es necesario hacer cesárea por ese bebe. Pero a ellas cuando se los explicas te gritan, te insultan, piensan que querés hacerla sufrir. Y no. Pero al explicar ellas no entienden.

13) ¿Le gustaría dar alguna otra opinión u observación al tema del que hemos conversado?

Rta: Que esta bueno el trabajo. Porque esta parte no la ve y no te la cuenta nadie. Entonces vos vas mostrando algo completamente nuevo ahora y más con la ley como que es un tema que les da pie para quejarse y reclamar solo a la paciente, pero en muchos casos ella no sabe entender lo que se les explica.

Muchas gracias por su colaboración

intervención de estas pacientes, cuando están en trabajo eh (...) en condiciones de tener su parto normal y se ingresan de acuerdo al protocolo. Hay pacientes que si requieren (...) que salen del protocolo y obviamente se contempla el accionar médico. Pero en general todas las pacientes, que después de entrar en el protocolo del trabajo de parto, ingresan bajo ese protocolo y se lo sigue acá en el servicio como tal.

5) ¿Alguna vez sintió que la institución no respaldaba su accionar, o le exigía un accionar que va contra sus valores o creencias?

Rta: Si por ahí es como que, al estar todo mediatizado, tan (...). Digamos las pacientes tienen por ahí como un poco más de por ese lado de más apoyo y demás. Entonces es como que por ahí no nos resguardan a nosotros. Es más, yo la verdad, los casos que he tenido (...) los casos de reclamo. Que por ahí te llama fulano para que hagas tal cosa con la que vos no estás de acuerdo. Pero bueno.

6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?

Rta: Eso que te mencione por ahí te exige hacer algo que vos no podes porque realmente no corresponde. Y se saldría del protocolo. Y es un tema.

7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?

Rta: Y es la violencia ejercida por el médico a la paciente y al bebe. Pero hay que ver bien porque no creo que sea tan así. A ver, hay que ver el caso por caso. A veces la mamá llega y se complica y esta para hacer una cirugía y se lo explicas y ella no quiere porque se cerró con parto normal, entonces consideran que es violencia y no. Estamos tratando de hacer lo mejor para la mamá y el bebé por nacer.

8) ¿La institución tiene algún protocolo de acción específico, para los posibles casos denuncias obstétricas?

Rta: Supongo que sí. Pero no tuve que ponerlos en práctica.

9) ¿Alguna vez experimento de cerca casos de violencia Obstétrica?

Rta: No.

10) ¿Qué piensa usted que debiera hacer un profesional ante una denuncia?

Rta: Ver bien, la situación en sí.

11) ¿Conoce casos de violencia obstétrica en otras instituciones?

Rta: No

12) ¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?

Rta: Si, si más que nada lo vez en la guardia, después ya cuando la paciente está en la

Rta: Hace 8 años

2) ¿Cuál es su opinión sobre las normas o exigencias que la institución establece sobre las tareas que debe cumplir?

Rta: Si por supuesto sí. Yo creo que se nos (...). A ver se nos pide mucho, pero, por la institución en la que estamos es acorde al requerimiento que tenemos. Es un hospital de 4to nivel y bueno uno sabe que es, no es un centro de salud. Lo que vas a ver es patología que se deriva de todos lados de esta provincia o de otras provincias y son patologías que en otros lugares no se pueden resolver y que el hospital por su complejidad debería darle solución.

3) ¿Cómo cree que se podría mejorar o facilitar el rol que debe cumplir el médico?

Rta: Por dios, cuando nos empiecen a respetar vamos a poder hablar de este tema. Porque se descuidó el rol del médico. La gente dejo de respetarnos.

4) ¿Cuál es el protocolo de acción del médico obstetra cuando llega una mujer en trabajo de parto al hospital?

Rta: Mira, a ver. Eso depende (...). Depende del día, depende de la hora; porque, porque hasta 20:00 nosotros por ejemplo los que estamos en CRIBADO que es la parte de las urgencias las obstétricas, digamos las parteras, las licenciadas en obstetricia son las que ven los embarazos de término sin patología en el embarazo. Y los médicos vemos a las pacientes que ya traen alguna patología de base o que tienen embarazo que todavía no son de término. Ahí nosotros determinamos si están en trabajo de parto o no; este eh; y una vez que ingresan con trabajo de parto pasan al centro obstétrico, que es el lugar donde van a parir o donde se van a hacer las inducciones o donde se hacen las cesáreas. Este, todo depende de si es un trabajo de parto de una paciente sin patología, con patología, con embarazo de termino, o sin embarazo de termino; este, con patología en este embarazo, o el feto tiene alguna cosita. Todo depende, no es que para todas es lo mismo. Hay pacientes que llevan un tipo de tratamiento, que es solamente control evolutivo de su trabajo de parto con las intervenciones que nosotras vayamos a hacer. Y hay pacientes que directamente pasan a cesárea por más que tengan o no tengan trabajo de parto. Dependiendo de que patología traigan, o si tienen cirugía previa, o si tienen no se los fetos en podálico eso por más que sean pacientes sanas y todo este bien en el embarazo pasan directamente a cesárea y no tienen un trabajo de parto.

5) ¿Alguna vez sintió que la institución no respaldaba su accionar, o le

exigía un accionar que va contra sus valores o creencias?

Rta: Y a ver, no es que no te respalda. (...) pero... (...) este a veces si te pasa que te cuestiona mucho. Oh hay pacientes que ya vienen recomendadas o vienen desde acá o de allá y las mismas presiones políticas que ellos tienen. Hacen que te llamen, que te digan, que la veas, que vayas, que no sé qué. Y hay decisiones que no se toman médicamente si no (...) políticamente.

6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?

Rta: Dificultades miles, y exigencias peor. A veces son políticas ya.

7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?

Rta: Es la violencia que tiene el personal de la salud, sobre la mamá y el bebé. Y durante todo el proceso. Verbal y física.

Sé que hay una ley de parto humanizado. Pero desconozco como se regulan las denuncias.

8) ¿La institución tiene algún protocolo de acción específico, para los posibles casos denuncias obstétricas?

Rta: Si te llama para ver que paso, porque paso esto. Te mandan carta y vos tenes que dar tu descargo, nunca confían que vos hiciste bien. Siempre tenes que dar tu parte escrita para que ellos abalen ante la justicia o ante quien sea que vos actuaste de la manera que corresponde; pero a ver, que el hospital venga y se ponga en mi lugar y diga “pobre que le paso a la doctora” noooo. Nadie, haría eso. no.

9) ¿Alguna vez experimento de cerca casos de violencia Obstétrica?

Rta: No. escuche sí. Pero no.

10) ¿Qué piensa usted que debiera hacer un profesional ante una denuncia?

Rta: Y hacer un descargo mostrando todo el seguimiento y tratamiento que aplico con la paciente. Me parece. Que estaría bien. Que el profesional también tiene derecho a hacer un descargo y ver si realmente es violencia porque muchos casos se prestan a confusión.

11) ¿Conoce casos de violencia obstétrica en otras instituciones?

Rta: No.

12) ¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?

Rta: Si, casi me hacen cagar un montón de veces. Sobre todo, los padres cuando son menores de edad, eh, los padres se ponen muy nerviosos y bueno, y te increpan a ver

qué vas a hacer, que no vas a hacer, porque lo haces, porque no lo haces, porque la dejas internada, porque si su nenita, por qué. Y después los maridos que por ahí son unos imbéciles, o no hacen nada, o no hicieron nada durante todo el embarazo y ahora se preocupan cuando ya no hay nada para preocuparse, digamos; cuando ya las decisiones no son las de ellos. Cuando vos ya tenes que pensar o en la madre o en el chico. Y vienen y te dicen porque no la operas, o porque no sabes esto.

Nos pasa mucho, que es totalmente entendible no, por qué; nos pasa mucho con los fetos muertos que, todo el mundo dice bueno hacele una cesárea y sacaselo rápido. Y lo mejor para la mujer, para el futuro obstétrico de la mujer este no es hacer una cesárea porque vos le estás haciendo una cesárea dejándole una cicatriz no solamente en la piel sino en el útero por un bebe que está muerto. Y eso la limita a ella obstétricamente, en cambio sí va y lo pare no, y es lo mejor para su cuerpo digamos. (...) Porque no le deja cicatriz visible que ella cada vez que se desnude lo va a ver y se va a acordar de su bebé muerto. Y no le deja cicatriz en el útero que eso le va a mejorar un montón su futuro reproductivo.

Entonces hasta que vos le haces entender a la paciente que está pasando por un momento de malo, eso y al familiar que por ahí cuesta más con los familiares que con la paciente, es difícil. Se enojan, te insultan y todo.

Digamos insultos son todos los días; o porque la internas, o porque no le das el alta o porque por ejemplo ahora: viene una chiquita derivada de Orán, destruida, con una patología bien grave y bien severa de hipertensión y me están diciendo que porque no le doy el alta. Esta con 3 drogas antihipertensivas con un laboratorio horrible; si bien está mejorando todavía no es normal, me preguntan “porque no la dejo ir, que ella llora”; entonces tengo que explicarle de nuevo a la chiquita, que ya no es tan chiquita, tiene 17 años no tiene 4 ni 5 ni 6 ni 10 y la violaron. Tiene 17 años, fue un embarazo consentido, buscado, que se le complicó y a su mamá hay que explicarle porque no le doy el alta. Y te digo no se la lleva porque le dije que, si a ella le pasa algo en su casa, la responsable es usted porque es su mamá y ella es menor de edad. Por eso no se la lleva, no porque este convencida de que estamos haciendo lo mejor para ella, sino porque tiene miedo que le pase algo y después ir presa ella.

13) ¿Le gustaría dar alguna otra opinión u observación al tema del que hemos conversado?

Rta: Más información, más prevención, más protección. Más buscar llegar a la gente. Podemos evitar tantas malas situaciones como sociedad y no lo hacemos. Es una

las complejidades.
<p>5) ¿Alguna vez sintió que la institución no respaldaba su accionar, o le exigía un accionar que va contra sus valores o creencias?</p> <p>Rta: No nos respalda. Acá en especial que estamos en el 2do piso es todo muy complejo. Si vivimos de todo. Es complejo. Tenemos que tener cuidado con todo con lo que decimos, con lo que hacemos. Pero a nosotros jamás nos van a respaldar o nos darían la razón.</p> <p>Y eso que no me paso, gracias a dios, yo trabajo muy tranquila.</p>
<p>6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?</p> <p>Rta: De todo tipo. Desde que la paciente o los familiares quieran que hagas cesárea y la mamá este ya lista para el parto normal, que está todo tranquilo y de golpe se complica. Es todo. Acá tenemos en claro que salvamos las dos vidas y es mucho más complicado y delicado. Estamos más expuestos.</p>
<p>7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?</p> <p>Rta: Es (...) es la violencia por parte del médico a la paciente y bebe por nacer. Es la que se ejerce de alguna manera verbal y física.</p>
<p>8) ¿La institución tiene algún protocolo de acción específico, para los posibles casos denuncias obstétricas?</p> <p>Rta: Yo creo que sí. Calculo que sí. Pero desconozco, no me paso de estar en la situación o escuchar.</p>
<p>9) ¿Alguna vez experimento de cerca casos de violencia Obstétrica?</p> <p>Rta: No.</p>
<p>10) ¿Qué piensa usted que debiera hacer un profesional ante una denuncia?</p> <p>Rta: No sé. Calculo que explicar su parte y contar que tratamiento realizo y por qué.</p>
<p>11) ¿Conoce casos de violencia obstétrica en otras instituciones?</p> <p>Rta: No.</p>
<p>12) ¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?</p> <p>Rta: Puuuffff si siempre. Muchas veces más verbal porque también tenes que entender que las contracciones duelen, y si, obviamente que ellas se sienten mal.</p>
<p>13) ¿Le gustaría dar alguna otra opinión u observación al tema del que hemos conversado?</p> <p>Rta: No. gracias.</p>

atienden las patologías y alguna complicación que hubiera surgido o tenido lugar más que nada.

5) ¿Alguna vez sintió que la institución no respaldaba su accionar, o le exigía un accionar que va contra sus valores o creencias?

Rta: Si. Pasa, creo que a todos nos pasa. Y sentimos lo mismo. La institución no nos respalda, no nos cuida. No vienen de gerencia a preguntarte como te estas sintiendo vos. Y todos (...) yo considero que todos afuera tenemos una vida, hay que tener ganas de venir a salvar vida o al mismo tiempo de salir con tanta responsabilidad y volver a casa.

6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?

Rta: Ah muchas. Por ahí se demoran los anestesistas, o el quirófano. Y vos estas esperando y hay una paciente y su bebe por nacer que esperan más que vos.

7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?

Rta: Mm (...) mm y bueno, que decir, es la violencia por parte del profesional con la paciente durante todo su proceso de parto y posteriormente.
Desconozco el protocolo, pero si estamos al tanto con la ley de parto humanizado.

8) ¿La institución tiene algún protocolo de acción específico, para los posibles casos denuncias obstétricas?

Rta: Supongo que sí. Tenemos acá mismo un centro de mediación. Además nosotros estamos todos protocolizados, todo dejamos anotado, todo está por escrito. Lo que necesiten pedir pueden ver.

9) ¿Alguna vez experimento de cerca casos de violencia Obstétrica?

Rta: No. Pero hay que ver cómo lo ve y lo vive la otra parte. Porque acá la prioridad es el binomio: madre-hijo. Pero en muchos casos el familiar o acompañante es un estorbo hasta para ella, y ellos piden que le saquemos rápido el chico porque está sufriendo, y quizás en ese momento no es lo mejor. No sé. Hay que ver.

10) ¿Qué piensa usted que debiera hacer un profesional ante una denuncia?

Rta: Mostrar el protocolo, nosotros dejamos todo por escrito. No es que hacemos lo que queremos. Y aun si tenemos una urgencia también lo dejamos registrado, como corresponde. (...) pero además, la madre tiene todo el derecho de pedirnos que protocolo hicimos, y nosotros a medida que vamos haciendo vamos explicándoles, a ella y al familiar.

11) ¿Conoce casos de violencia obstétrica en otras instituciones?

Rta: No.
<p>12) ¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?</p> <p>Rta: Hay que pregunta (...), hija sí. Si de todo. En especial los acompañantes porque yo siempre digo que de la paciente si lo podemos esperar y es entendible con los dolores, las hormonas. Bueno es todo. (...) Ellos en cambio te gritan, te empujan, te dicen cosas, son violentos hasta con la propia paciente.</p>
<p>13) ¿Le gustaría dar alguna otra opinión u observación al tema del que hemos conversado?</p> <p>Rta: No, gracias.</p>
Muchas gracias por su colaboración

Sujeto 15

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA VIOLENCIA OBSTETRICA
Fecha: 22/08/2019
Lugar: Hospital Público Materno Infantil de Salta
Entrevistado: anónimo
Sexo: Femenino Edad: 39 años
<p>“La siguiente entrevista está orientada a obtener información acerca de las Representaciones Sociales que posee usted como médico/a obstetra, en relación a la violencia obstétrica. Rogamos responda con total libertad, y le aseguramos que toda la información que brinde será utilizada solo para el propósito que persigue esta investigación, con el mayor rigor científico, garantizando la confidencialidad y fidelidad de la información”</p>
PREGUNTAS:
<p>1) ¿Hace cuánto trabaja en el Hospital?</p> <p>Rta: Eh hace 11 años.</p>
<p>2) ¿Cuál es su opinión sobre las normas o exigencias que la institución establece sobre las tareas que debe cumplir?</p> <p>Rta: Dentro de lo que establecen bien, si estoy de acuerdo.</p>
<p>3) ¿Cómo cree que se podría mejorar o facilitar el rol que debe cumplir el médico?</p> <p>Rta: Que pongan más profesionales. No damos abasto con tanto laburo.</p>
4) ¿Cuál es el protocolo de acción del médico obstetra cuando llega una

mujer en trabajo de parto al hospital?

Rta: Tenemos todo un protocolo establecido por la institución. Además, llevamos un control todo por escrito. Donde se van registrando los datos desde que la paciente ingresa al hospital, tiene su bebe, también al bebe se le realizan todos los estudios, hasta que se retiran. Aun cuando vuelven a sus controles y todo.

Pero (...) si es que asisten porque en la mayoría de los casos ni aparecen.

5) ¿Alguna vez sintió que la institución no respaldaba su accionar, o le exigía un accionar que va contra sus valores o creencias?

Rta: Si siempre. Lamentablemente y nosotros estamos muy expuestos con todo.

6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?

Rta: No ninguna.

7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?

Rta: Bueno es la violencia verbal o física que tiene el personal de salud, que ejerce digamos sobre la madre y el niño. Y durante todo su proceso si es que hiciera controles.

8) ¿La institución tiene algún protocolo de acción específico, para los posibles casos denuncias obstétricas?

Rta: Y yo calculo que preparado están.

9) ¿Alguna vez experimento de cerca casos de violencia Obstétrica?

Rta: No.

10) ¿Qué piensa usted que debiera hacer un profesional ante una denuncia?

Rta: Hacer un descargo. Acá cuando no están conformes con algo, si nos piden un descargo por escrito para ver realmente que paso, que tratamiento se realizó, que medicación. Todo.

11) ¿Conoce casos de violencia obstétrica en otras instituciones?

Rta: No.

12) ¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?

Rta: Si, miles de veces, te pasa. Pero también pasa que no avisamos, que no nos quejamos, que no contamos a la gerencia; sino por el contrario lo hablamos entre nosotros y listo con mis compañeros.

13) ¿Le gustaría dar alguna otra opinión u observación al tema del que hemos conversado?

Rta: Esta bueno lo que hiciste, creo que sos la primera persona que nos viene a preguntar desde adentro como estamos o como nos sentimos nosotros. Como lo vivimos, si hay protocolos y todo.

Muchas gracias por su colaboración

Sujeto 16

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA VIOLENCIA OBSTETRICA

Fecha: 22/08/2019

Lugar: Hospital Público Materno Infantil de Salta

Entrevistado: anónimo

Sexo: Masculino

Edad: 31 años

“La siguiente entrevista está orientada a obtener información acerca de las Representaciones Sociales que posee usted como médico/a obstetra, en relación a la violencia obstétrica. Rogamos responda con total libertad, y le aseguramos que toda la información que brinde será utilizada solo para el propósito que persigue esta investigación, con el mayor rigor científico, garantizando la confidencialidad y fidelidad de la información”

PREGUNTAS:

1) ¿Hace cuánto trabaja en el Hospital?

Rta: Hace 5 años.

2) ¿Cuál es su opinión sobre las normas o exigencias que la institución establece sobre las tareas que debe cumplir?

Rta: Y (...) algunas si y otras no. son muchas, obviamente, son muchas normas y muchas exigencias que por ahí no sé. En algunas si y otras no.

3) ¿Cómo cree que se podría mejorar o facilitar el rol que debe cumplir el médico?

Rta: Que hayan más profesionales quizás

4) ¿Cuál es el protocolo de acción del médico obstetra cuando llega una mujer en trabajo de parto al hospital?

Rta: Y básicamente (...) la recibimos primero en el CRIBADO, lo que nosotros llamamos CRIBADO que es la guardia de adultos de obstetricia. Si, corroboramos obviamente que este en trabajo de parto, básicamente los latidos, que la paciente tenga dinámica uterina contracciones y que tenga una dilatación de 4 o más centímetros, sí. Y de ahí tiene que pasar obviamente a la sala de parto, en donde

nosotros llamamos UTPR, unidad de trabajo de parto y recuperación. Donde en la persona, la mamá está contenida en todo momento por la persona que ella elige si, obviamente que puede ser papa de su hijo, o puede ser cualquier familiar. Obviamente los controles cada media hora de sus latidos. Y, los tactos cada dos horas hasta que se dé el momento de parto.

5) ¿Alguna vez sintió que la institución no respaldaba su accionar, o le exigía un accionar que va contra sus valores o creencias?

Rta: Si si muchas veces.

6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?

Rta: Y muchas, pueden surgir muchas cosas. Todo el tiempo estamos alerta, viendo, mirando, controlando a la paciente y los latidos del niño por nacer.

7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?

Rta: Bueno es un tipo de violencia, verbal o física, que ejerce el medico sobre la mujer embarazada.

Conozco y nos explicaron la ley de parto humanizado lo demás no tengo mucho conocimiento.

8) ¿La institución tiene algún protocolo de acción específico, para los posibles casos denuncias obstétricas?

Rta: Creo que sí. No sé. Pero acá hay un centro de mediación así que sí

9) ¿Alguna vez experimento de cerca casos de violencia Obstétrica?

Rta: No.

10) ¿Qué piensa usted que debiera hacer un profesional ante una denuncia?

Rta: Analizar la situaciones, nosotros dejamos todo acá por escrito así que habría que ver

11) ¿Conoce casos de violencia obstétrica en otras instituciones?

Rta: No.

12) ¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?

Rta: Si, muchas veces.

13) ¿Le gustaría dar alguna otra opinión u observación al tema del que hemos conversado?

Rta: No gracias.

Rta: No sé no me paso. Pero están establecidos los protocolos.
6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?
Rta: Si son 2 vidas, como te decía. Es una responsabilidad terrible
7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?
Rta: Y bueno es la violencia que se ejerce sobre la mujer embarazada, durante todo el proceso de parto y aun posteriormente.
8) ¿La institución tiene algún protocolo de acción específico, para los posibles casos denuncias obstétricas?
Rta: Creo que sí.
9) ¿Alguna vez experimento de cerca casos de violencia Obstétrica?
Rta: No.
10) ¿Qué piensa usted que debiera hacer un profesional ante una denuncia?
Rta: Y esta todo establecido en los protocolos. Todo el seguimiento de la paciente desde que ingresa. Así que calculo que lo puede mostrar y listo.
11) ¿Conoce casos de violencia obstétrica en otras instituciones?
Rta: No.
12) ¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?
Rta: Si más que nada en el CRIBADO, familiares que te patean la puerta, que quiere que se los atienda rápido a su familiar.
13) ¿Le gustaría dar alguna otra opinión u observación al tema del que hemos conversado?
Rta: No gracias.
Muchas gracias por su colaboración

Sujeto 18

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA VIOLENCIA OBSTETRICA	
Fecha: 28/08/2019	
Lugar: Hospital Público Materno Infantil de Salta	
Entrevistado: anónimo	
Sexo: Femenino	Edad: 39 años
“La siguiente entrevista está orientada a obtener información acerca de las	

<p>Representaciones Sociales que posee usted como médico/a obstetra, en relación a la violencia obstétrica. Rogamos responda con total libertad, y le aseguramos que toda la información que brinde será utilizada solo para el propósito que persigue esta investigación, con el mayor rigor científico, garantizando la confidencialidad y fidelidad de la información”</p>
<p>PREGUNTAS:</p>
<p>1) ¿Hace cuánto trabaja en el Hospital?</p> <p>Rta: Hace 5 años.</p>
<p>2) ¿Cuál es su opinión sobre las normas o exigencias que la institución establece sobre las tareas que debe cumplir?</p> <p>Rta: Si justamente nosotros cuando ingresamos a la residencia, este, nos piden que leamos y tenemos que saber todos los pasos de como tenemos que seguir en lo que es la Maternidad segura y centrada en la familia. Y pienso que está bien. Son un requisito fundamental saberlo y es parte de una exigencia.</p>
<p>3) ¿Cómo cree que se podría mejorar o facilitar el rol que debe cumplir el médico?</p> <p>Rta: Si siempre hay algo para mejorar.</p>
<p>4) ¿Cuál es el protocolo de acción del médico obstetra cuando llega una mujer en trabajo de parto al hospital?</p> <p>Rta: Claro nosotros acá recibimos a la paciente, lo que es la guardia de urgencia y ahí se registra con el documento. Nosotros la asistimos una vez que la ve también enfermería y de hacerle todos los signos vitales. Nosotros la asistimos y bueno vemos lo que, eh, lo que nos compete obviamente. Si esta en trabajo de parto, si no, si es una paciente que es para internarla, o no. Eh bueno también vemos la parte social, hay pacientes que no tienen a lo mejor algo orgánico para internar, pero si por la causa social. Entonces vemos todo el contexto de la paciente.</p>
<p>5) ¿Alguna vez sintió que la institución no respaldaba su accionar, o le exigía un accionar que va contra sus valores o creencias?</p> <p>Rta: Si por eso nosotros por ahí nos falta. Como te digo cuando uno ingresa tenemos que estudiar unos pasos y tenemos que saberlo y sentirnos comprometidos con todo, que es la maternidad segura y centrada en la familia. Si bien, obviamente nos falta eso de sentirnos como acompañados y protegidos por la parte legal. No tenemos tan fuerte, nos falta, nos falta tener justamente algo que nos haga sentir tranquilos.</p>

<p>Por ejemplo, te pasan situaciones que viene una madre con mucho dolor, este, con muchas cuestiones uno bueno trata de hacer digamos lo que la evidencia demuestra que está bien para esa paciente. Si, y tratamos de que eso se pueda lograr. Pero hay situaciones que se escapan.</p>
<p>6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?</p> <p>Rta: Miles. Miles de situaciones pasamos todos los días</p>
<p>7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?</p> <p>Rta: Y por violencia es entendido el maltrato verbal o físico por parte de nosotros hacia las pacientes. Pero habría que ver el caso por caso porque uno también escucha cosas que no son.</p> <p>Cualquiera puede reclamar o quejarse de lo que desee de ahí en más hay que analizar la situación en sí.</p>
<p>8) ¿La institución tiene algún protocolo de acción específico, para los posibles casos denuncias obstétricas?</p> <p>Rta: Si. Seguro. Nosotros tenemos una medicina legal que nos respalda pero calculo que la institución también pero la desconozco.</p>
<p>9) ¿Alguna vez experimento de cerca casos de violencia Obstétrica?</p> <p>Rta: No.</p>
<p>10) ¿Qué piensa usted que debiera hacer un profesional ante una denuncia?</p> <p>Rta: Y ver los protocolos. Por algo los tenemos y detallamos todo.</p>
<p>11) ¿Conoce casos de violencia obstétrica en otras instituciones?</p> <p>Rta: No.</p>
<p>12) ¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?</p> <p>Rta: ¡Sí! Son de terror. Son un tema terrible. Te empujan, te gritan, te pellizcan. De todo se ve acá.</p>
<p>13) ¿Le gustaría dar alguna otra opinión u observación al tema del que hemos conversado?</p> <p>Rta: No está bien. Gracias.</p>
<p>Muchas gracias por su colaboración</p>

Sujeto 19

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA VIOLENCIA OBSTETRICA

<p>Rta: Siempre, sí. No nos cuidan.</p>
<p>6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?</p> <p>Rta: Y a muchas, porque como yo te contaba, esta todo normal con la paciente y su bebé vuelves a los 10 minutos a controlar y ya tenes que sacarlo al bebé porque algo paso y corren riesgo. Miles de cosas pueden pasar.</p>
<p>7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?</p> <p>Rta: Y bueno (...) la violencia, es la que se ejerce el profesional de la salud hacia la paciente y el niño. Durante todo el embarazo. Pero desconozco los protocolos.</p>
<p>8) ¿La institución tiene algún protocolo de acción específico, para los posibles casos denuncias obstétricas?</p> <p>Rta: Especulo que sí. Habría que ver.</p>
<p>9) ¿Alguna vez experimento de cerca casos de violencia Obstétrica?</p> <p>Rta: No.</p>
<p>10) ¿Qué piensa usted que debiera hacer un profesional ante una denuncia?</p> <p>Rta: Y hacer el descargo si para eso tenemos los protocolos. Para mostrar y hacer un seguimiento de la paciente. No es que nosotros hacemos lo que se nos da la gana cuando alguien ingresa, sino que seguimos un protocolo, que está establecido como médico y como institución.</p>
<p>11) ¿Conoce casos de violencia obstétrica en otras instituciones?</p> <p>Rta: Escuche de noticias. Pero nada en certero.</p>
<p>12) ¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?</p> <p>Rta: Si, una vez, va hace bastantes años. Yo entro a una sala de parto porque había una mama primigesta y gritaba, entro a verla y la pareja que estaba con ella la insultaba. Entonces, le indico que si estaba ahí era para contenerla y no para insultarla, le digo que si no podía cumplir esa función de contención se tenía que retirar.</p> <p>A lo cual él se molestó y me grito. Y nada. Yo seguí revisando a la paciente. Me amenazaba, me gritaba. Yo seguí igual.</p> <p>Después le comento lo sucedido a un colega amigo y me dice que menos mal que no conteste ni respondí porque me hubieran despedido. Y dije estamos locos, si yo estoy defendiendo a una paciente</p>
<p>13) ¿Le gustaría dar alguna otra opinión u observación al tema del que</p>

<p>hemos conversado?</p> <p>Rta: Que nadie nos preguntó cómo nos sentimos. Y tampoco nos quejamos es real. Nosotros nos cuidamos entre compañeros y colegas.</p> <p>Pero a mi es la primera vez que alguien me pregunta si alguna vez me violento una paciente o su acompañante.</p> <p>Yo creo que todo pasa por el respeto, pero la institución también tiene que cuidarnos y respaldarnos.</p> <p>Eso nomas.</p>
Muchas gracias por su colaboración

Sujeto 20

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA VIOLENCIA OBSTETRICA
Fecha: 22/08/2019
Lugar: Hospital Público Materno Infantil de Salta
Entrevistado: anónimo
Sexo: Masculino Edad: 62 años
<p>“La siguiente entrevista está orientada a obtener información acerca de las Representaciones Sociales que posee usted como médico/a obstetra, en relación a la violencia obstétrica. Rogamos responda con total libertad, y le aseguramos que toda la información que brinde será utilizada solo para el propósito que persigue esta investigación, con el mayor rigor científico, garantizando la confidencialidad y fidelidad de la información”</p>
PREGUNTAS:
<p>1) ¿Hace cuánto trabaja en el Hospital?</p> <p>Rta: Desde el 2001 acá en el hospital.</p>
<p>2) ¿Cuál es su opinión sobre las normas o exigencias que la institución establece sobre las tareas que debe cumplir?</p> <p>Rta: Y estamos mal. Faltan cosas, falta respeto, falta personal.</p>
<p>3) ¿Cómo cree que se podría mejorar o facilitar el rol que debe cumplir el médico?</p> <p>Rta: Y hay que empezar por la gente que perdió completamente el respeto hacia el médico. Hay que ver eso primero.</p>
<p>4) ¿Cuál es el protocolo de acción del médico obstetra cuando llega una mujer en trabajo de parto al hospital?</p>

<p>Rta: El establecido por la institución. Nosotros acá en el 2 ° piso recibimos las patologías y complicaciones.</p>
<p>5) ¿Alguna vez sintió que la institución no respaldaba su accionar, o le exigía un accionar que va contra sus valores o creencias?</p> <p>Rta: Siempre. Los de arriba están arriba. Vos sos el que estas expuesto laburando en el día a día. Y la gente eso no valora, no entiende.</p>
<p>6) ¿A qué dificultad, fuera del proceso mismo del parto, se ha enfrentado durante su trabajo dentro de esta institución?</p> <p>Rta: Y (...) a muchas, sabes los años que tengo yo acá. Vez de todo y más en este hospital, aun con lo organizado que esta se ve de todo.</p>
<p>7) ¿Qué significa para usted la violencia obstétrica?</p> <p>Rta: Y bueno por violencia obstétrica (...), eh, entiendo que es un tipo de violencia justamente ejercida por el profesional de la salud, desde los enfermeros, administrativos, licenciados, médicos, etc. somos todos un conjunto.</p>
<p>8) ¿La institución tiene algún protocolo de acción específico, para los posibles casos denuncias obstétricas?</p> <p>Rta: Supongo, pero nunca me propuse investigar ni saber. Yo vengo y cumplo con mi trabajo.</p>
<p>9) ¿Alguna vez experimento de cerca casos de violencia Obstétrica?</p> <p>Rta: No.</p>
<p>10) ¿Qué piensa usted que debiera hacer un profesional ante una denuncia?</p> <p>Rta: Exponer su punto de vista. Igual esta todo en protocolo. No es que hacemos lo que se nos ocurre en ese momento. Sino que se siguen unos pasos, cierto orden.</p>
<p>11) ¿Conoce casos de violencia obstétrica en otras instituciones?</p> <p>Rta: No.</p>
<p>12) ¿Usted alguna vez fue maltratado por la persona o sus familiares (acompañantes)?</p> <p>Rta: Si muchas veces. Pero hasta aun sin atenderlos. Quizás pasan por acá te piden información, te hacen una pregunta; vos les contestas y si nos les gusta te contestan mal. Así es como están las cosas, y no las he visto cambiar o modificar. Es triste.</p>
<p>13) ¿Le gustaría dar alguna otra opinión u observación al tema del que hemos conversado?</p> <p>Rta: Les dimos tanto lugar ya a la falta de información, a la falta de respeto, a la falta de valores. Que revertir esto va a ser de terror. Ya es muy grave.</p>

Muchas gracias por su colaboración

Universidad Católica de Salta
Facultad de Artes y Ciencias
Licenciatura en psicología

*Las Representaciones Sociales Sobre La Violencia Obstétrica En
Médicos Obstetras*

Alumna: María Florencia Babiez, DNI: 34.329.575

Directora: Lic. Paula Ulivarri, DNI: 22.653.043

Evaluación

Decisión:

Tribunal evaluador:

Jurado:

Jurado:

Jurado:

Lugar y Fecha: