



Propuesta para la prevención y atención de violencia institucional en la atención obstétrica en México

Proposal for the prevention and institutional violence obstetric care in Mexico

María Teresa Silvia Tinoco Zamudio¹

RESUMEN. Proponer una agenda nacional, para prevenir y atender a la violencia institucional, en los servicios de salud, asociada a mortalidad materna. Conocer la perspectiva, que tienen actores nacionales e internacionales con experiencia en el tema. Analizar la influencia del comercio y del modelo de desarrollo de México en la formación y atención obstétrica que brindan en las instituciones de salud. **Métodos:** Investigación descriptiva, explicativa transversal cualitativa. Se realizó con el diálogo de la Filosofía, Sociología, Psicología, Psicoanálisis y las Ciencias de la Salud así como actores expertos en relación a la violencia institucional y sus factores asociados. **Resultados:** Se reconoce que las mujeres sufren violencia de género en la atención obstétrica en los servicios de salud. El tipo de violencia más frecuente es el Menosprecio a la mujer vista solo como objeto reproductor. Identifican como principal problema la omnipotencia del médico como representante del poder hegemónico patriarcal, señalan la necesidad de implementar una agenda nacional, con recursos materiales y financieros propios, para dar un abordaje multidisciplinario directamente al personal que brinda atención obstétrica y en las escuelas que forman capital humano; que las y los médicos comprendan el fenómeno y las causas que lo generan, acción que permitiría reducir la violencia obstétrica asociada frecuentemente a la mortalidad materna. **Conclusiones:** Aporta el enfoque de la subjetividad en relación a la femineidad, como una posible explicación de la conducta negativa del médico (a) que lo lleva a ejercer violencia en la atención obstétrica. Resulta conveniente que los países de la región aprovechen las políticas internacionales de salud a favor de la mujer que favorezcan la formación de capital humano con competencias para la atención de la mujer embarazada en su femineidad, que contribuya a mejorar la salud materna y conlleve al respeto a sus derechos humanos, sexuales y reproductivos y por ende a reducir la mortalidad materna.

Palabras claves: Violencia institucional, atención obstétrica, agenda nacional, políticas internacionales.

ABSTRACT. A national agenda to prevent and respond to institutional violence, health services, associated with maternal mortality. Meet the perspective, with national and international actors with experience in the subject. To analyze the influence of trade and development model in Mexico training and providing obstetric care in health institutions. **Methods:** Descriptive research, qualitative cross-explanatory. Was performed with the dialogue of Philosophy, Sociology, Psychology, Psychoanalysis and the Health Sciences and skilled actors in relation to institutional violence and associated factors. **Results:** It is recognized that women suffer domestic violence in obstetric care in health services. The most frequent type of violence is the woman Contempt view only as player object. Identified as the main problem of medical omnipotence as representative of patriarchal hegemonic power. indicate the need to implement a national agenda, with its own material and financial resources to give a multidisciplinary approach directly to staff providing obstetric care and schools forming human capital; and that physicians understand the phenomenon and the causes of it, an action that would reduce obstetric violence often associated with maternal mortality. **Conclusions:** Brings the focus of subjectivity in relation to femininity, as a possible explanation of the negative attitude of the physician (s) which leads him to use violence in obstetric care. It is desirable that countries of the region take advantage of international health policies in favor of women favoring the formation of human capital with skills for care of pregnant women in their femininity, to help improve maternal health and lead to compliance their human, sexual and reproductive rights and therefore to reduce maternal mortality.

Keywords: Institutional Violence, obstetric care, national agenda, international policies.

¹ Médico especialista Secretaría de Salud de Michoacán. Departamento de Enseñanza e Investigación Hospital General "Dr. Miguel Silva". Morelia, Mich. México

Correspondencia: Dra. María Teresa Silvia Tinoco Zamudio. Hospital General "Dr. Miguel Silva" Isidro Huarte esquina Samuel Ramos, Morelia, Michoacán, México. C.P. 58000. Correo electrónico: mtstz@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La disminución de la mortalidad materna es uno de los ODM con mayor retraso en México. País que se comprometió a garantizar la plena realización de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Este objetivo está fuertemente vinculado con una serie de derechos humanos, como los de una vida libre de violencia y de igualdad de género. Dichos derechos se relacionan con la autonomía de la mujer, en términos de su empoderamiento para tomar decisiones y el acceder a servicios de salud de calidad.

La violencia institucional, entendida ésta, como las actitudes de discriminación, maltrato psicológico, físico y abandono; que ejercen los profesionales de salud, ante las mujeres en su atención obstétrica, es un factor de riesgo considerable para una muerte materna; sobre todo en el contexto de las mujeres indígenas y/o pobres, atendidas en instituciones de salud tanto del ámbito público como privado. También la atención inadecuada a las urgencias obstétricas, representa una falta de garantía de los derechos de las mujeres y en sí, una forma de violencia de género.

Existe un desencuentro entre los acuerdos, compromisos internacionales, estrategias implementadas y los resultados esperados, ya que persiste la problemática de muerte materna, como la autora de este proyecto lo demostró en el proyecto de investigación: “El concepto de la femeneidad del médico (a) y su relación con la mortalidad materna (perspectiva psicoanalítica)” en 2011. Donde se encontró que el 77% de las defunciones estudiadas, fueron por: negligencia, impericia, omisiones, dilaciones y abandono de los profesionales de salud o sea la deficiente calidad de los servicios, generada principalmente por el hecho de considerar el proceso de gestación, “un deber ser” de la mujer; que debe acceder a la maternidad con abnegación y sufrimiento, donde frecuentemente se le echa en cara el disfrute del placer en el acto sexual, con frases como: “Por qué no te quejabas cuando lo estabas haciendo”.¹ Reconocida como violencia institucional. En dicho estudio se concluyó, que el motivo principal corresponde a la subjetividad que tienen las y los médicos en relación a la femineidad o sea la representación inconsciente y consciente de lo que es una mujer y de su rol en la sociedad, la que provoca sus conductas de menosprecio, abandono y humillación en la atención que brindan a la mujer embarazada, identificada en la violencia institucional asociada a la mortalidad materna en Michoacán².

En México se han hecho grandes esfuerzos para disminuir la mortalidad materna, cómo la firma del Convenio Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, que garantiza la atención a las mujeres sin importar su derechohabiencia. En mayo de 2009,



el Gobierno de México bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud, presentó una nueva estrategia de reducción de este problema de salud pública, mediante la implementación de un Observatorio de Mortalidad Materna (OMM) el cual, con el apoyo técnico del Grupo Intergubernamental de Naciones Unidas para la reducción de la mortalidad materna, coordinado por la OPS/OMS, como instancia independiente conformada por personas, organizaciones civiles nacionales e internacionales, agencias y fundaciones de cooperación técnica y financiera, instituciones académicas, de investigación y de gobierno, como un espacio de conjunción de esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales para monitorear, desde la sociedad civil, los avances para mejorar la salud materna. Su marco de referencia está dado desde la perspectiva de los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, derechos del niño y de la niña. Los esfuerzos mencionados han sido permeados por el avance tecnológico que absorbe a las instituciones y a los especialistas en la materia, en lo que parecería la solución de los problemas y procesos para la atención del embarazo, parto y puerperio con calidad, considerando que la tecnología de punta sería el eje para la disminución de la mortalidad materna.

En el aspecto de la violencia institucional asociado a la mortalidad materna, existen evidencias aisladas de su existencia en países de la región, un ejemplo de ello es el reporte de CEDAW al señalar que: “el Centro de Derechos Reproductivos tuvo una victoria innovadora en una batalla de más de ocho años en nombre de Alyne da Silva Pimentel, una mujer afrobrasileña de bajos recursos económicos que murió cuando los médicos que la atendieron no le prestaron el cuidado de salud materna al que legalmente tenía derecho. En febrero de 2012, el Centro presentó un informe suplementario sobre el caso y la situación de mortalidad materna en Brasil en el marco de la 51ª sesión de la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) en Ginebra, donde Brasil se encontraba en proceso de revisión. La carta al Comité CEDAW, que emitió el fallo en agosto de 2011, destaca la decisión del caso Alyne da Silva Pimentel v. Brasil que determinó que el Estado había vulnerado sus compromisos internacionales bajo la CEDAW, al no garantizar servicios de salud materna de calidad y sin discriminación para Alyne.”³

México en cumplimiento de sus obligaciones internacionales, presentó el 17 de julio 2012, su último informe ante el Comité Internacional, notificó que realizó una reforma constitucional en materia de derechos humanos, donde otorga jerarquía constitucional a la CEDAW. Para atender de forma integral y con perspectiva de género la situación de las mujeres del país; creo la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, impulsando importantes reformas legislativas,



institucionales y de políticas públicas, tendientes a reconocer y respetar los derechos humanos de las mujeres; donde se denuncia la violencia institucional que sufren y se promueve la formación y especialización del personal encargado de la seguridad pública, de salud y el de procurar e impartir justicia en los tres órdenes de gobierno, para enfrentar dicha problemática en las mujeres víctimas de violencia de género que solicitan los servicios, sin embargo no se visualiza la violencia institucional en la atención obstétrica, que ejercen los prestadores de servicio en las instituciones de salud. Esta situación trae consigo un proceso de tensión y de conflicto entre las corrientes de grupos sociales, que denuncian la violencia institucional de que son objeto las mujeres y también se enfrenta la resistencia al cambio de los profesionales de salud.

Por otra parte, los procesos de institucionalización, entendidos como el juego de fuerzas permanente entre lo instituido y lo instituyente, son procesos que producen subjetividad, es por eso que requiere retomar algo del psicoanálisis, como se mencionó, la noción de sujeto, implícita en el concepto de subjetividad, ha sido patrimonio de diversas disciplinas como la filosofía, la historia, la sociología, la literatura, la psicología social, etc., y por lo general aparece ligada a la conciencia. Por lo tanto es necesario preguntarnos: ¿Los cambios en las formas del trabajo, del amor, de la sexualidad, de las configuraciones familiares, por citar sólo algunos elementos del catálogo del nuevo milenio, inciden en la estructuración psíquica? ¿Estamos en condiciones de dar cuenta de los diversos modos en que dicha incidencia se produce? ¿En qué medida los procesos de producción de subjetividad nos permiten entender los procesos de estructuración psíquica? ¿Cómo los definidos especialistas en salud enfrentan ahora esta problemática?

Por otro lado el tema de Género que desafortunadamente se sigue manejando como diferencias desde el sexo y no a partir de la construcción de hombre y mujer, es un tema que aún no se inserta en la currícula de los estudiantes de medicina. La formación y subjetividad de los profesionales de la salud está marcada por el contacto con sus maestros y sus posturas, así como con la teoría y su entorno, si dentro de todo esto no hay elementos que los hagan cuestionarse la diferencia de sexo y género, pero aún más, si dentro de su subjetividad no está el concepto de género y las implicaciones que esto tiene, porque ni ellos mismos se han percatado de cómo ejercen su rol desde su género, ¿cómo lo hacen cuando se atiende a una mujer? No lo hacen desde su femineidad, sólo desde lo femenino, es decir lo sexuado y su capacidad reproductiva.

1. Formación de capital humano para atender la salud integral de la mujer

Para propósito de este proyecto se analizó la sobrepresión o sobreentrenamiento, que tienen los médicos (as) en el aspecto técnico con tecnología de punta y por el subentrenamiento en las relaciones médico-paciente, el respeto a los derechos humanos y la comprensión de su subjetividad personal en relación a la femineidad que interfiere en su atención.

2. Construcción de Agenda Nacional

La agenda nacional, se conceptualiza como elemento o instancia de la política de un país, que incluye aspiraciones de la sociedad civil, del sistema político e influencias de los medios de comunicación. Se entiende por agenda de gobierno al “conjunto de problemas, demandas, cuestiones, asuntos, que los gobernantes han seleccionado y ordenado como objetos de su acción y más propiamente, como objetos sobre los que han decidido que deben actuar o han considerado que tienen que actuar”.⁵ Desde la máxima que una de las facultades esenciales del gobierno es manejar los conflictos antes de que estallen.

3. Preguntas generadoras

A. ¿Cómo prevenir y atender la problemática de la violencia obstétrica ejercida en los servicios de salud frecuentemente asociada a la mortalidad materna?

B. ¿Qué perspectiva tienen los expertos en el tema desde las diferentes disciplinas, sobre la frecuencia y causas que generan la violencia institucional en la atención obstétrica?

C. ¿Cuál es la influencia del Modelo de Desarrollo y económico en la formación de capital humano y en la atención obstétrica que se brinda en los servicios de salud de México? Esquema 1

MATERIAL Y MÉTODOS

El proyecto de investigación se realizó con el diálogo de actores expertos en diferentes disciplinas como la Filosofía, Sociología, Psicología, Psicoanálisis y las Ciencias de la Salud, para analizar sus perspectivas en relación a la violencia institucional de género que se llega a presentar en los servicios de atención obstétrica, así como la comprensión de los conceptos de subjetividad y femineidad, prevalentes en los profesionales de la salud y su relación con el actuar omnipotente del médico.



RESULTADOS

1. Se encontró poca información científica relacionada con la violencia institucional en la atención en la base de datos de PUBMED.

2. La Perspectiva, que tienen los informantes claves entrevistados, respecto a la violencia de género y la omnipotencia del médico fue la siguiente:

A. Reconocen que las mujeres sufren violencia de género en la atención obstétrica en los servicios de salud.

B. El tipo de violencia más frecuente es el Menosprecio a la mujer vista solo como objeto reproductor.

C. Identifican como principal problema la omnipotencia del médico como representante del poder hegemónico patriarcal.

3. En relación a la Subjetividad del médico, vinculada a la femineidad como generadora de la violencia institucional en la atención obstétrica:

A. La violencia en la atención obstétrica es generada por dos vías, la primera es la que tiene que ver con la estructuración psíquica del sujeto médico(a) que se forma en los primeros años de su vida y la relación con su madre. Por otro lado en el Modelo clínico que domina en la etapa de formación y práctica profesional. Como se puede observar en esquema 2. Esquema de categorías elaborado a partir del análisis con procesador informático Atlas ti,

B. La interrelación del Modelo de Desarrollo dominado por el capitalismo, que influye en una formación médica menos humanista; la salud se convierte en una mercancía, principalmente en los servicios privados, mientras que en los públicos, se observa deshumanización de la medicina, situaciones que favorecen la presencia de la violencia institucional en la atención obstétrica a pesar de las políticas mundiales de derechos humanos y no discriminación a la mujer. Como se observa en el esquema 3

4. Respecto al resultado del estudio de factores vinculados a la violencia institucional en la atención obstétrica se sintetizan en los siguientes aspectos:

A. No se transversaliza la perspectiva de género en la atención obstétrica, ya que existen pocos funcionarios capacitados; se requiere tiempo, recursos financieros y humanos.





B. Los Comités de Bioética Hospitalarios, no analizan la violencia institucional en la atención obstétrica, ya que no están capacitados en género y no son laicos porque incorporan integrantes religiosos.

C. No se visibiliza la violencia institucional en la atención obstétrica, como violación de los Derechos Humanos de las mujeres, por lo tanto no se atiende.

1. Discusión

Los resultados de este estudio permiten observar, como el Modelo de Desarrollo capitalista neoliberal de México, impacta en sus Políticas Públicas de Salud, tanto en la formación de médicos (a) con menor humanismo, como en una mercantilización del quehacer de la medicina, que limitan tanto el cumplimiento de los compromisos internacionales en favor de las mujeres, como en la atención obstétrica de calidad. Este estudio pudo mostrar

la presencia de violencia institucional en la atención obstétrica, misma que con grandes dificultades, empieza a ser reconocida, por lo que se requiere promover el estudio científico del fenómeno abordado dado que existen pocos estudios a nivel mundial al respecto.

Los funcionarios de los servicios de salud, así como especialistas con experiencia en la materia, identifican plenamente el problema de violencia institucional y la condición de la omnipotencia del médico, donde subordinan a la mujer solo como objeto reproductor, señalan la necesidad de implementar una agenda nacional, con recursos materiales y financieros propios, para dar un abordaje multidisciplinario directamente al personal que brinda atención obstétrica y en las escuelas que forman capital humano; que las y los médicos comprendan el fenómeno y las causas que lo generan, acción que permitiría reducir la violencia obstétrica asociada frecuentemente a la mortalidad materna.

La multidisciplinariedad con que se abordó el presente estudio, permite aportar un enfoque novedoso del fenómeno de la violencia institucional en la atención obstétrica, a partir de la visión de los profesionales de la salud mental como la psicología y el psicoanálisis, quienes proponen analizar el problema desde la formación de la subjetividad en la femineidad y de género, dada desde lo individual, formada en la primera infancia por experiencias que dan forma a su estructuración psíquica, para posteriormente integrarse a la dimensión grupal, institucional y comunitaria de la subjetividad y que a partir de ésta, se otorga la atención a la mujer en donde algunas ocasiones se ejerce retaliación contra ella por frustraciones inconscientes e imaginarias con la madre de los prestadores de servicio de salud.

2. Limitaciones

A. Dado que este estudio solo exploró la perspectiva de informantes claves, principalmente profesionales de salud especialistas en la materia y algunas disciplinas contribuyentes, tiene la limitación de no haber incluido la participación de las mujeres que sufren la violencia institucional, que dé una perspectiva integral del problema.

B. El fenómeno estudiado es complejo, dado que existe una variedad de actores en la toma de decisiones con diversos objetivos, como son las instituciones de salud, las instituciones formadoras de recursos humanos, las financiadoras de salud y la sociedad civil, lo cual limita seriamente la confluencia de intereses para otorgar servicios en los que se conozca y se ponga en práctica políticas que contribuyan a la disminución o erradicación de la violencia institucional en la atención obstétrica.



REFERENCIAS

1. Villanueva E. el maltrato en la sala de partos. reflexiones de un gineco-obstetra: conamed 2010; 15:3.
2. Tinoco T. El concepto de la femeneidad del médico (a) y su relación con la mortalidad materna (perspectiva psicoanalítica) (tesis doctoral). México: Instituto de Estudios de Posgrado en Psicoanálisis y Psicoterapia de la Sociedad de Psicoanálisis y Psicoterapia; 2011.
3. Brasil reporta ante la CEDAW. Centro de derechos reproductivos; (internet) (consulta 11 de julio 2012). Disponible en: <http://reproductiverights.org/es/centro-de-prensa/brasil-reporta-ante-la-cedaw>
4. Lacan, J. Posición del inconsciente. En Escritos 2. Buenos Aires. Siglo XXI; 1985.
5. Aguilar L. Problemas Públicos y Agenda de Gobierno. Miguel Ángel Porrúa. 1993; p. 23-29
6. OPS. Objetivos de desarrollo del milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe. Derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del Milenio; 155-158 (consulta 18 julio 2012). disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/capitulo5.pdf>
7. Bizzozero L, Luján C. La Política Exterior del Gobierno de Transición en Uruguay (1985 – 1989): Facultad de Ciencias Sociales; Departamento de Posgrados Montevideo; 1992.
8. Benhaim D (1992). "El concepto de violencia primaria en Piera Aulagnier".
9. (internet). (consulta 24 de mayo 2012). disponible en: <http://pages.infnit.net/ferenczi/Piera.html>.
10. Shroeder D. Subjetividad y psicoanálisis: Revista uruguaya de Psicoanálisis. 2006; 103: 40-58
11. Abello A, Levi P, Freud S. Breve historia de un desencuentro. Revista electrónica de psicoterapia. mayo 2009; (2): 372-383.
12. Green A. Algunas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. desconocimiento y reconocimiento del inconsciente. Amorrortu; 2005.
13. Schkolnik, F. La función paterna y el lugar de la mujer en la sociedad contemporánea. (Dialogando con el autor: ¿Por qué me has abandonado? de Daniel Gil y Sandino Núñez). Revista Uruguaya de Psicoanálisis; Encuadres y procesos psicoanalíticos. APU. 2002 (96): 177-181.
14. Derrida, J. Y Roudinesco E. Y mañana, qué.... Buenos Aires: Fondo de Cultura Económico. 2003.
15. Freud S. (1921) Psicología de las masas y análisis del yo. Obras completas de Sigmound Freud. Bs.Aires, Amorrortu Editores, tomo XVIII, 1982;67
16. Pichon-rivière E. Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.1978; 158.
17. Bleger, J. Psicohigiene y psicología institucional. 3a. Ed; Buenos Aires, Paidós. 1974; 43-48.
18. Lourau, R. El análisis institucional. Amorrortu editores. Buenos Aires. 1975; 167-169.
19. Agis, M. Psicoanálisis herméutica y género. Horizontes de la Herméutica. 1998; 496- 514.
20. Szucman, S. La experiencia del psicoanálisis lo sexual, inhibición, el cuerpo, sintoma. IV Congreso Internacional de Convergencia. Buenos Aires Argentina. 2009
21. Ley general de salud. Diario Oficial de la Federación. 5 de enero 2009.
22. Cobb R, Elder Ch. Participación en Política Americana. La Dinámica de la Estructuración de la Agenda. 1ª edición en español; Noema; México D.F; 1986; 115-116.
23. Meny I, Thoenig J. Las Políticas Públicas. Versión española a cargo de Francisco Morata. Barcelona. Ariel Ciencia Política. 1992; 126.
24. Aguilar L. Problemas Públicos y Agenda de Gobierno. Miguel Ángel Porrúa; México D.F. 1993;46-47.
25. Mateo B. Los Procesos Internos y la Globalización. Editorial Don Bosco; 199:27-28.