

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

EXPRESIONES DEL DERECHO A LA SALUD EN LA ATENCIÓN
PÚBLICA A MUJERES DURANTE EL PROCESO DE EMBARAZO EN SU
VINCULACIÓN CON LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA.

Trabajo Final de Graduación Modalidad Tesis para optar por el grado de
Licenciatura en Trabajo Social

ESTUDIANTES:
ANA LUCÍA RODRÍGUEZ CHACÓN
YISHLENY VARGAS ROBLES

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
San José, Costa Rica

2017



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 50

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el día 19 de diciembre del 2017, a las 5:00 p.m. con el objeto de recibir el informe oral de la presentación pública de las:

SUSTENTANTES	CARNE	AÑO DE EGRESO
Ana Lucía Rodríguez Chacón	B05293	II-2015
Yishleny Vargas Robles	A86748	I-2015

Quienes se acogen al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación bajo la modalidad de **Tesis de graduación**, para optar por el grado de **Licenciatura en: TRABAJO SOCIAL**.

El tribunal examinador integrado por:

MSc. Silvia Urrutia Rojas	Presidenta
MSc. Vera Ovares Sandí	Profesora Invitada
Licda. Hannia Naranjo Córdoba	Directora T.F.G.
MSc. Sonia Solis Umaña	Miembro del Comité Asesor
MSc. Gabriela Arguedas Ramírez	Miembro del Comité Asesor

ARTICULO I

La Presidenta informa que el expediente de las postulantes contiene todos los documentos de rigor. Declara que cumplen con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondientes y, por lo tanto, se les solicita que procedan a hacer la exposición.

ARTICULO II

Las postulantes hacen la exposición oral de su trabajo final de graduación titulado:

"Expresiones del derecho a la salud en la atención pública a mujeres durante el proceso de embarazo en su vinculación con la violencia obstétrica".

ARTICULO III

Terminada la disertación, el Tribunal Examinador hace las preguntas y comentarios correspondientes durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

ARTICULO IV

De acuerdo al Artículo 39 del Reglamento Finales de Graduación. El Tribunal considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO (X) APROBADO CON DISTINCION () NO APROBADO ()

Observaciones: Se aprueba con las observaciones discutidas en la sesión y a las cuales se comprometen a incorporar en el plazo establecido.

ARTICULO V

La Presidenta del Tribunal le comunica a las postulantes el resultado de la deliberación y se les declara acreedoras al grado de Licenciatura en: **TRABAJO SOCIAL.**

Se les indica la obligación de presentarse al Acto Público de Reglamentación, al que serán oportunamente convocadas.

Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador las Postulantes.

A las 07:05 se levanta la sesión.

Tribunal Examinador

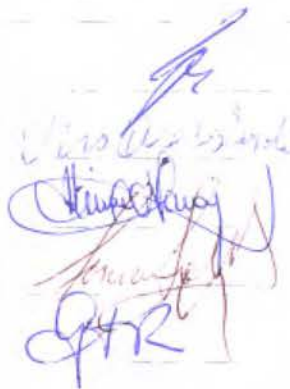
MSc. Silvia Urrutia Rojas

MSc. Vera Ovaes Sandí

Licda. Hannia Naranjo Córdoba

MSc. Sonia Solis Umaña

MSc. Gabriela Arguedas Ramírez



Postulantes

Ana Lucía Rodríguez Chacón

Yishleny Vargas Robles



Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento

- A nuestro equipo asesor de TFG Hannia Naranjo Cordero, Sonia Solís Umaña y Gabriela Arguedas Ramírez agradecemos su colaboración, tiempo, aportes, apoyo y por creer en la investigación y en nosotras.
- A las organizaciones y sus representantes que colaboraron en la investigación, con su tiempo, escucha y consejos.
- A Waleska Porras por su cariño, respeto, paciencia, comprensión y aportes, ya que fue una voz cálida en este proceso, agradecemos profundamente su colaboración y compañía.
- A los compas de Trabajo Social por compartir vivencias, experiencias y aprendizajes fuera y dentro de las aulas que fortalecen la amistad, el compromiso con el quehacer profesional y el vínculo humano.
- Carmen Marín González, Vera Ovaes Sandi, Freddy Esquivel Corella, Sonia Angulo Brenes por su apoyo.
- Agradecemos a todas las mujeres para que tengamos una sociedad con mayores oportunidades, crecimiento y respeto.

Ana Lucía Rodríguez Chacón y Yishleny Vargas Robles

Dedicatorias

**So crucify the ego, before it's far too late
To leave behind this place so negative and blind and cynical
And you will come to find that we are all one mind**

Capable of all that's imagined and all conceivable

**Just let the light touch you and let the words spill through
Just let them pass right through, bringing out our hope and reason.**

Tool. (2001) Reflection

Escribir estas líneas puede resultar fácil a los ojos de las personas, lo cierto del caso es que no lo fue, tengo en mente personas de todas edades, de distintas partes, con pensamientos infinitamente diferentes, que marcan lo que fue el proceso y lo que constituye el futuro.

Tengo poca afinidad a expresar sentimientos, sin embargo, reconozco el valor de las palabras, el cariño y el tiempo que me ofrecieron Liseth, Fabiola, Mónica y Andrea, mujeres bellas e inteligentes, a quienes les guardo enorme aprecio, respeto y admiración.

Agradezco a las profesoras Gina Valitutti, Vera Ovaes, Sonia Solís, Carmen Marín y Marta Picado por sembrar aprendizajes y utopías, que trajeron a mi vida crecimiento humano, político y profesional; a las profesoras Hannia Naranjo, Gabriela Arguedas y al profesor Freddy Esquivel por su colaboración y disposición en el proceso investigativo.

A Lucía por su tiempo, su paciencia y respeto, fue una buena compañera en esta experiencia.

A Génesis, Isis, Jimena, Valeria, Gabriela, Luna, Alexandra y Rachell, que inspiran parte de la lucha feminista, para que las mujeres seamos libres.

A Cristian, Carlos, Ariel, Guiselle y Katy por ser un punto de apoyo en lo que fue el proceso de enseñanza, y a los que vienen llegando a esta espiral, María Fernanda, Angélica, Diego Alonso, Diego Armando, Francisco, By y Jorge, gracias por acompañarme.

A Patricia, Wil y Wilmer la familia que me acompaña en este camino de vida, gracias por estar presentes.

A todas las mujeres, fuente de interés, de trabajo, pensamiento y de lucha por consolidar proyectos de emancipación, de libertad y respeto.

Yishleny V.R.

Esta tesis durante más de dos años de mi vida represento muchas cosas como lo es la felicidad, la tristeza, el soñar, el luchar contra lo imposible y el seguir al pie del cañón tratando de perseverar, por lo que primero que nada quiero agradecerle a Dios por todas las oportunidades que me ha brindado y por acompañarme en esta difícil trayectoria.

A mi mamá por ser una persona que se da a los demás y que a lo largo de la vida ha sabido apoyarme, aconsejarme y brindarme palabras de consuelo cuando lo necesito.

A mi papá que desde el inicio de este viaje ha creído en mí y me ha apoyado incondicionalmente.

A mi hermano Adrián que ha sido la persona que ha estado de inicio a fin en este proceso conmigo celebrando y dándome su apoyo y consejo en los momentos más felices y en los menos gratos.

A mi hermano Andrés ejemplo de ser una persona de que hay que defender los ideales personales como profesionales, a pesar de no coincidir con los demás.

A mis amigas Raque, Tere, Emilia, Angélica, Viví, Lis, Loha y Moni que de una u otra forma también han formado parte de este proceso y que además me han apoyado y animado en los momentos de venturas y desventuras que le da la vida a una.

A mis tíos, tías, primos y primas por el apoyo, las oraciones y palabras de aliento para finalizar este proceso.

A mi compañera de tesis Yis, que sin ella esto no hubiera sido posible, gracias por “embarcarse” conmigo en esta aventura en el que hemos tenido momentos felices, de angustia y tristeza, pero al final de cuentas lo logramos.

Por último, pero no menos importante, le quiero dedicar esta tesis a todas las mujeres que se animaron, creyeron en nosotras y que participaron en esta investigación, sin este grupo de mujeres valientes hubiera sido imposible terminar este proceso.

Ana Lucía Rodríguez Chacón

Índice General

Lista de Siglas Utilizadas	x
Resumen Académico	xi
Introducción	1
Capítulo I: Fundamentos del Proceso de Investigación	3
Planteamiento y justificación del tema	3
Estado del Arte	11
Violencia Obstétrica	12
Violencia de Género	16
Violencia Institucional	19
Balance final de las investigaciones analizadas	23
Planteamiento del problema y objeto de investigación	25
Objeto:	26
Problema de Investigación:	26
Objetivos de investigación	26
Objetivo General:	26
Objetivos Específicos:	26
Aproximación Teórica	27
Proceso de embarazo	30
Derecho a la salud	32
Derechos Sexuales y Reproductivos	37
Política Pública	40
Atención en Salud	43
Violencia obstétrica	50
Patriarcado	53
Relaciones de poder en la violencia obstétrica	54
Violencia Simbólica	56
Violencia Institucional	57
Violencia Psicológica	59
Violencia Física	60
Estrategia Metodológica	63
I Fase: Construcción del diseño	64
Tipo de Estudio	66
Población	66

Delimitación espacial y temporal	67
Técnico operativo	67
II Fase: El acercamiento al objeto de estudio	73
I Subfase: Inserción en el campo	73
II Subfase: Trabajo de campo	74
III Fase: Descripción y análisis	76
IV Fase: Divulgación de la información (conclusiones)	77
IV. I Concreción de resultados	78
IV. II Difusión de resultados	78
Capítulo II: Políticas Públicas relacionadas al derecho a la salud de las mujeres durante el proceso de embarazo	79
1. Política Nacional de Salud 2014-2018	81
2. Política Nacional de Sexualidad 2010- 2021	88
3. Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género (PIEG)	91
4. Política Pública en Lactancia Materna	95
5. Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias (2014)	96
Síntesis de las Políticas Públicas en materia del derecho a la salud de las mujeres durante el proceso de embarazo y posparto.	100
Capítulo III Análisis de la atención pública en salud de las mujeres durante el proceso de embarazo y posparto a partir del Manual Técnico en Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias (2014)	102
3. 1 Atención pública en salud de las mujeres durante el proceso de embarazo según el Manual Técnico de Educación Perinatal (2014)	105
3.2 Tópicos en la atención en salud de las mujeres durante la atención prenatal y posparto	109
3.2.1 Derecho a la información	113
3.2.2 Autopercepción	115
3.2.3 Derechos Sexuales	117
3.2.4 Derechos reproductivos	120
3.2.5 Autonomía	122
3.2.6 Lactancia	124
3.2.7 Asistencias técnicas	127
3.2.8 Drogas	128
3.2.9 Alimentación	130

3.3. Trabajo de Parto y parto	131
3.3.1 Ingreso al centro de salud	132
3.3.2 Acompañamiento en el trabajo de parto y parto	134
3.3.3 Procedimientos canalizados en la atención del trabajo de parto y parto	138
3.3.3.1 Tactos vaginales	138
3.3.3.2 Ruptura artificial de la bolsa y oxitocina sintética.	142
3.3.3.3 Maniobra de Kristeller	144
3.3.3.4 Episiotomía	144
3.3.3.5 Uso de fórceps	145
3.4 Medicalización	146
3.5 Proceso de Parto	148
3.5.1 Tipo de parto	148
3.5.2 Posiciones durante el parto	149
3.5.3 Primeros momentos de contacto entre la mujer y el recién nacido	151
3.6 Derecho a la información en el trabajo de parto y parto	154
3.6.1 Derecho a la información sobre la condición de salud del feto y de el/la nacida (o)	154
3.6.2 Consentimiento informado	156
3.7 Principales hallazgos de la atención en salud pública de las mujeres durante el proceso de embarazo	159
Capítulo IV: Manifestaciones de violencia obstétrica vinculadas al derecho a la salud en la atención pública de las mujeres durante el proceso de embarazo	161
1. Manifestaciones de violencia obstétrica.	163
1.1 Violencia simbólica	163
1.1.1 Naturalización de la maternidad	164
1.1.2 Control del cuerpo	166
1.2 Violencia Institucional	169
1.3 Violencia Psicológica	172
1.4 Violencia Física	175
2. Síntesis de las manifestaciones de violencia obstétrica en la atención de las mujeres durante el proceso de embarazo.	178
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones	181
Conclusiones	181
Recomendaciones	186

Referencias Bibliográficas	190
Anexos	212
Anexo N°1: Homicidios dolorosos por sexo según año de ocurrencia periodo 2008-2013	212
Anexo N°2: Entrevista semiestructurada para justificación del tema	213
Anexo N°3: Plan de Contingencia para la atención inmediata de mujeres sujetas del TFG “Expresiones del derecho a la salud en el proceso de atención pública a mujeres durante el embarazo y posparto en su vinculación con la violencia obstétrica”	215
Anexo N° 4: Entrevista semiestructurada a mujeres participantes de la investigación	222
Anexo N°5: Entrevista semiestructurada a profesionales con experticia en el tema de la violencia obstétrica.	236
Anexo N°6: Carta de apoyo de la Organización Liga de la Lecha para realizar la investigación	240
Anexo N°7: Carta de apoyo de la Organización MAMASOL para realizar la investigación	242
Anexo N°8: Carta de apoyo de la ACAMUDE para realizar la investigación	244
Anexo N°9: Afiche de convocatoria para participar en la investigación	246
Anexo N° 10: Consentimiento informado mujeres participantes de la investigación	247
Anexo N° 11: Consentimiento informado para profesionales con experticia en el tema de violencia obstétrica	251

Índice de Figuras

Figura N° 1 Categorías de análisis	30
Figura N° 2 Transformaciones del Modelo de Atención en Salud	46
Figura N° 3 Oferta básica de servicios en el primer nivel de atención integral de la mujer	49
Figura N° 4 Fases del Proceso de la Investigación Cualitativa	64
Figura N° 5 Recursos Técnicos Operativos	68
Figura N° 6 Análisis de fuentes de información	71
Figura N° 7 Fuentes de Triangulación de la información	72
Figura N° 8 Políticas Públicas y Normativa en materia de Salud	80
Figura N° 9 Articulación intra e intersectorial y participación ciudadana en salud	82
Figura N° 10 Ejes de Equidad y Universalidad de las Acciones en Salud	83
Figura N° 11 Estrategias en Salud Sexual y Reproductiva	85
Figura N° 12 Estrategias de promoción de la lactancia	87
Figura N° 13 Áreas de intervención de la Política Nacional de Sexualidad	89
Figura N° 14 Objetivos de la PIEG	92

Figura N° 15 Protección efectiva de los derechos de las mujeres y frente a todas las formas de violencia	94
Figura N° 16 Marco conceptual del Manual	97
Figura N° 17 Niveles de atención de la CCSS	103
Figura N° 18 Legislación del derecho a la salud en las mujeres gestantes	104
Figura N° 19 Tópicos de abordaje de la atención prenatal y posparto.....	110
Figura N° 20 Cuidados y procedimientos en labor de parto y parto	141
Figura N° 21 Recorrido de la violencia obstétrica	163

Índice de Gráficos

Gráfico N° 1 Tópicos del control prenatal.....	111
Gráfico N° 2 Tópicos de la atención posparto.....	112
Gráfico N° 3 Acciones autónomas en el control prenatal.....	122
Gráfico N° 4 Acompañamiento en el trabajo de parto.....	135
Gráfico N° 5 Acompañamiento en el parto	137
Gráfico N° 6 Cantidad de tactos vaginales realizados.....	139
Gráfico N° 7 Tactos vaginales realizados	140
Gráfico N° 8 Procedimientos en el trabajo de parto.....	142
Gráfico N° 9 Procedimientos en el parto	143
Gráfico N° 10 Contacto con la persona recién nacida después del parto	152

Lista de Siglas Utilizadas

- PIEG:** Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género
- CCSS:** Caja Costarricense del Seguro Social
- TFG:** Trabajo Final de Graduación
- LGTB:** Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- IMAS:** Instituto Mixto de Ayuda Social
- OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- ACAMUDE:** Agenda Cantonal de Mujeres Desamparadeñas
- CEDAW:** Convención Sobre La Eliminación De Todas Las Formas de Discriminación Contra La Mujer
- INAMU:** Instituto Nacional de la Mujer
- UCR:** Universidad de Costa Rica
- INEGI:** Instituto Nacional de Estadística y Geografía en México
- CENDEISS:** Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social.
- EBAIS:** Equipos de Apoyo y de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
- UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- OCDE:** Comité de Salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
- VIH:** Virus de la inmunodeficiencia humana
- SIDA:** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- ACNUR:** Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
- UNED:** Universidad Estatal a Distancia
- UNA:** Universidad Nacional de Costa Rica
- SIBDI:** Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información
- OPAC:** Catálogo en línea
- ONG:** Organizaciones no gubernamentales

El presente Trabajo Final de Graduación tuvo como objeto de investigación las “Expresiones del derecho a la salud en la atención pública a mujeres durante el proceso de embarazo en su vinculación con la violencia obstétrica”, que se fundamentó en el análisis del derecho a la salud de las mujeres, las políticas en salud y los procesos de atención en salud pública durante el proceso de embarazo.

La interrogante que orientó el trabajo investigativo se refirió a ¿Cómo se expresa el derecho a la salud a mujeres en la atención pública durante el proceso de embarazo en su vinculación con la violencia obstétrica? A partir de esto, se delimitó el objetivo general: Analizar las expresiones del derecho a la salud a mujeres en la atención pública durante el proceso de embarazo en su vinculación con la violencia obstétrica.

El abordaje teórico apuntó a los enfoques de derechos y de género como recursos de análisis para concretar procesos deconstructivos del papel de las mujeres y del proceso de embarazo en la sociedad capitalista. La metodología utilizada fue cualitativa, lo cual permitió recuperar y reconocer las experiencias vinculadas con la violencia obstétrica vividas por las mujeres en atención a la salud pública durante las etapas del embarazo denominadas prenatal, trabajo de parto y posparto.

Palabras claves: Derecho a la salud, enfoque de derechos, enfoque de género, política pública, atención en salud pública, violencia obstétrica.

Introducción

La investigación desarrollada como Trabajo Final de Graduación representa un requisito para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, esta aborda las expresiones del derecho a la salud en la atención pública a mujeres durante el proceso de embarazo en su vinculación con la violencia obstétrica.

A través de la investigación, se disponen líneas de conocimiento que comprenden la política en salud del Estado costarricense, así como las acciones particularizadas, desde la institucionalidad, para la atención de las mujeres en el proceso de embarazo. En dichas acciones se transversaliza la violencia obstétrica como parte de la reproducción del patriarcado, relaciones de poder, jerarquía y saberes que son expresadas en el abordaje de la salud.

Trabajo Social es una profesión que se caracteriza por comprender, explicar y accionar en la realidad social desde la integralidad de los procesos humanos, al reconocer la vulnerabilidad, desigualdad, discriminación y exclusión a las que se exponen grupos de personas por su condición de género, situación social, económica y política.

De manera que, en relación a las expresiones del derecho a la salud en la atención pública a mujeres durante el proceso de embarazo en su vinculación con la violencia obstétrica, Trabajo Social debe ser partícipe de la construcción de conocimiento y prácticas que indiquen las particularidades y necesidades que representan para las mujeres - un sector de la población vulnerabilizado por el sistema androcéntrico - el proceso de embarazo. Además de determinar estrategias de lucha por la defensa de la autonomía, libertad, información e igualdad en el ejercicio del derecho a la salud.

Los resultados de la investigación se presentan en este informe a través de un primer capítulo compuesto por la justificación, donde se expresa la importancia del tema, los antecedentes del objeto, los objetivos, el problema de investigación, el referente teórico y metodológico. El segundo capítulo muestra las políticas de salud que comprenden el marco de acción en materia de atención de las mujeres durante el proceso de embarazo y especifica las particularidades y necesidades generales que determinan dicho proceso.

El tercer capítulo describe las estrategias de atención en salud al analizar el abordaje que realizan los servicios de salud con las mujeres durante el proceso de embarazo,

vislumbrando los derechos, tópicos y procedimientos que transversalizan la atención en las etapas de embarazo, trabajo de parto, parto y postparto.

Para el cuarto, se señalan las manifestaciones de violencia obstétrica (violencia simbólica, institucional, física, psicológica) presentadas en los servicios públicos de salud dirigidos a mujeres durante el proceso de embarazo dentro del marco del derecho a la salud. Esto determina la necesidad de constituir marcos y acciones que visibilicen y sancionen este tipo de violencia, clarificando las consecuencias de su reproducción en la sociedad y para la población femenina.

Finalmente, en el quinto capítulo, se establecen las principales conclusiones y recomendaciones de la expresión del derecho a la salud durante la atención pública del proceso de embarazo y la necesidad de un cambio cultural para contribuir a la equidad de género, el desarrollo social y el bienestar de la población.

Capítulo I: Fundamentos del Proceso de Investigación

La construcción de una investigación requiere el planteamiento de fundamentos teóricos- metodológicos que orienten y faciliten la comprensión de la ruta investigativa a seguir.

En este capítulo, se presentan la justificación del tema de la investigación, el Estado del Arte, el problema, objeto, objetivo general y específicos, fundamento teórico y, finalmente, la estrategia metodológica. Todos puntos de referencia de las investigadoras para el diseño y desarrollo del trabajo investigativo.

Planteamiento y justificación del tema

En Costa Rica, al igual que en otros países del mundo, se generan manifestaciones de violencia en contra de las mujeres por su condición de género. Continuamente, los medios de comunicación presentan situaciones relacionadas con la vulnerabilidad y violencia que viven las mujeres en la cotidianidad: “Celos y ataques sexuales fueron principales causas de femicidios ocurridos en el 2014” (Miranda y Rodríguez, 2015, párr. 1).

El Departamento de Planificación del Poder Judicial determinó que entre 1994 y 2014 se constató 833 (56,8%) crímenes ejecutados contra mujeres- la mayoría de naturaleza “femicida”- caracterizados por generarse en ambientes cercanos “íntimo” o de confianza a la víctima, donde aspectos como el maltrato, la agresión sistemática o metódica, el abuso dentro de las relaciones interpersonales; así como el abuso sexual, han sido la tónica de dichos eventos” (Departamento de Planificación del Poder Judicial, 2014, p.2).

Conjuntamente, el Observatorio de Violencia de Costa Rica promedió que entre el 2008 y 2010, un 11,5% de mujeres fallecidas fueron víctimas de homicidio, en el año 2011, se incrementó a 13,5%, en el 2012, pasó a 12,3% y, para el 2013, disminuyó a un 8,7% de mujeres víctimas ¹ (Observatorio de la Violencia de la Dirección General para la Promoción de la Paz y la Convivencia Ciudadana, 2014).

Este contexto ha demandado al Estado concertar acciones referidas a los compromisos adquiridos con la Convención de Belém Do Pará, Convención sobre la Eliminación de Todas

¹ Ver Anexo N°1

las Formas de Discriminación contra La Mujer (CEDAW) y los Derechos Humanos, para prevenir y sancionar la violencia y la discriminación en contra de las mujeres por medio de la creación de mejores condiciones de vida para la población femenina. No obstante, las estrategias gestionadas e implementadas por el Estado resultan insuficientes, la persistencia de valores patriarcales afecta el desarrollo y concreción de estas acciones, al respecto menciona Lagarde (2006):

La mayoría de esas políticas se conocen con el nombre de perspectiva de género o transversalidad de género, con variados contenidos temáticos. Sin embargo, definidos por un patriarcalismo más autoritario y, en general, menor desarrollo socioeconómico, gobiernos, instituciones y organizaciones civiles, militares y religiosas de diversos países y sus poderosos hombres, defienden su derecho a oprimir y violentar a las mujeres. Sostienen, asimismo, la desigualdad natural y la inferioridad de las mujeres en relación con los hombres. Ellos gozan de supremacía sexual, social, económica, política, jurídica y cultural, emanada, entre otras fuentes, de su poder de dominio sobre las mujeres. (pp. 1-2)

Lo anterior, pone de manifiesto aspectos fundamentales para comprender el objeto de la investigación, ya que, pese a que existen políticas de género que transversalizan la institucionalidad, las mujeres continúan supeditadas al patriarcado. Un sistema que dispone, modifica y naturaliza diferentes expresiones de discriminación y subordinación al entrelazar configuraciones históricas, estructurales y de poder (ideología, cultura, sistema político-económico) que producen estereotipos y roles, interiorizados por la población a través de la socialización, que facilitan situaciones de violencia circunscritas en las instituciones, que reprimen las aspiraciones de las mujeres.

En esta dinámica, se originan y transforman múltiples formas de violencia, entre estas la violencia obstétrica manifestada en el ejercicio del derecho a la salud en los centros de salud. La identificación y abordaje de este tipo de violencia en la realidad costarricense es reciente por la permanencia de relaciones de poder, de valores patriarcales y conservadores relacionados a la sexualidad y la reproducción de las mujeres, los cuales interfieren y limitan la aprehensión de esa realidad para su comprensión y eliminación.

Desde esa lógica, la violencia obstétrica en la cotidianidad, adquiere apariencias (prácticas, valores, estereotipos, etc.) que ocultan y legitiman relaciones de poder y de jerarquía que vulnerabilizan la vida de las mujeres, al respecto señala Villanueva (2010) que:

Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres va desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su consentimiento, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos. (p.148)

Es decir, la violencia obstétrica es producto de la cultura androcéntrica que impone la visión masculinista para determinar la historia, la vida y sus dimensiones; concepción que invisibiliza la cultura femenina, oculta las particularidades y necesidades, a la vez que crea desigualdad entre géneros. También expone al femenino y a procesos naturales (el embarazo y/o menstruación) bajo una mirada patologizada, medicalizada que perpetúa la reproducción de estereotipos sociales.

La violencia obstétrica obstaculiza el derecho a la salud al expropiar el cuerpo de las mujeres, situación que se repite a largo de la historia y que se mantiene vigente en la actualidad. En Argentina, pese que no contaba con estadísticas oficiales que refieran a la gravedad de este tipo de violencia, se reconoció situaciones cercanas a esta realidad, tras las denuncias expuestas por mujeres en redes sociales y foros, lo cual generó discusiones en el ámbito público/político y la gestión de La Ley N° 25.929 de Parto Humanizado. En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) señala que en el 2010 se registró “1078 defunciones por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, lo que deja un índice de mortalidad materna en 56 fallecimientos por cada cien mil nacidos vivos” (Castellanos, 2015, párr.15).

A la vez en el CENSO realizado en ese país en el 2010, se indica que del 64.4% de muertes maternas el 23.1% están relacionadas con edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio, el 20.3% se debió a complicaciones del trabajo de parto y del parto, y el 8.7% son embarazos terminados en aborto. Asimismo, “el 50% de los nacimientos fueron realizados por cesáreas en su gran mayoría innecesarias. Todas estas muertes y prácticas pueden ser prevenidas, informadas, castigadas y erradicadas” (Castellanos, 2015, párr.15), situación que requiere de la intervención urgente por parte del Estado y en la sociedad un cambio cultural que desestructure lo aprendido en torno al género.

En Costa Rica, el camino de abordaje de la violencia obstétrica se construye, fundamentalmente, a través de las denuncias interpuestas por las mujeres en instancias del Estado como la Defensoría de los Habitantes y la Sala Constitucional. Esto desencadena propuestas que visibilizan situaciones de violencia obstétrica durante el parto; en el 2015, la Defensoría de los Habitantes realizó una investigación que evidenció malos tratos y desatenciones en la atención de la salud pública de las mujeres embarazadas en los Hospitales Tony Facio de Limón, Max Peralta de Cartago y William Allen Taylor de Turrialba.

El día 09 de julio de 2014 solicité la ambulancia para ser trasladada al Hospital Tony Facio donde me internaron. La Dra. Rodríguez me atendió y me envió un ultrasonido porque mi estómago era muy grande y pensaban que eran dos bebés; la funcionaria de ultrasonido dijo que era solo uno y no dio el peso ni nada y por eso la doctora se atuvo y luego tuvo que ingeniárselas para sacármelo. El niño nació en la madrugada del 10 de julio; pesó 5.470 y me hicieron parirlo en parto vaginal. La doctora se subió en el estómago y llamó a otra enfermera para que le ayudara. Esta se apoyaba encima de mi estómago y me metía el codo en la parte de arriba del estómago para bajarlo lo que me produjo fuertes dolores en las costillas y el estómago. (p.27)

Este testimonio muestra la naturalización de los procesos de violencia obstétrica que se reproducen y legitiman dentro del ámbito de salud pública costarricense al permitir el control del cuerpo y del ser de las mujeres, acentuando y agudizando las desigualdades entre los géneros.

Otra de las instancias que conforma parte de la estructura formal y plataforma de denuncias de mujeres por situaciones vinculadas a la violencia en la atención del parto es la Sala Constitucional, que reconoce la violación de derechos fundamentales

Los hechos denunciados encajan dentro de lo que modernamente se ha determinado el derecho contra la “violencia obstétrica”, como una forma de violencia de género y en general, de violación a los derechos humanos. El respeto a este derecho se refiere a que nadie debe ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños mentales o morales que le impidan conservar su estabilidad psicológica o emocional; igualmente dicha normativa tutela el derecho a la honra y al reconocimiento de la dignidad. (Tribunal Constitucional, 2015, párr.3, sentencia 2015-3354)

Estas denuncias e investigaciones representan avances importantes en el reconocimiento de la violencia obstétrica, sin embargo es necesario ahondar y reflexionar en las causas, mediaciones, manifestaciones, consecuencias e implicaciones que se ocultan bajo

este tipo de violencia; generar conciencia en el imaginario costarricense, para favorecer acciones que eliminen las desigualdades que constituyan una visión distinta del papel de las mujeres, de la cultura femenina, la labor social del proceso de embarazo y la maternidad en la reproducción de la sociedad.

Bajo esta premisa, organizaciones de la sociedad civil (MAMASOL, La Revolución de las Rosas, La Liga de la Leche Costa Rica) y algunas instituciones del Estado (Asamblea Legislativa y el Instituto Nacional de las Mujeres) han manifestado la necesidad y el interés de posicionar la discusión dentro del ámbito público, ampliando posibilidades de abordaje para su eliminación.

Además, el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (Cejil), y el Centro de Investigación en Estudios de la Mujer (CIEM), de la Universidad de Costa Rica (UCR) solicitaron una audiencia pública ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) efectuada en el 2015 para revelar la situación de la violencia obstétrica en el país

Durante la exposición, se dio información acerca de las distintas formas de violencia obstétrica que se han identificado, se habló sobre algunos casos específicos y se dio a conocer los lugares y las poblaciones más vulnerables ante esta problemática. Se mencionó que, en las diferentes etapas del embarazo, las pacientes sufren de distintas manifestaciones de violencia como falta de información. (Marín, 2015, párr. 3 y 4)

El Segundo Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica (2015) identificó acciones u omisiones asociadas a la atención de las mujeres durante el proceso de embarazo, que refiere “ausencia de promoción del derecho a un embarazo y maternidad libre, segura y voluntaria, el divisar a las mujeres como objetos pasivos de la atención de la salud reproductiva en general y de la atención del parto en particular y la ausencia de corresponsabilidad en el proceso de gestación, parto, paternidad y cuidado” (pp. 170- 171).

Esta desprotección hacia las mujeres, se remonta a aspectos históricos relacionados con la desigualdad de género, en el que la violencia obstétrica representa según Arguedas (2014) un mecanismo de control y opresión, derivado del ejercicio específico del poder obstétrico, “que constituye una forma de poder disciplinario “en esto seguimos a Foucault” que produce cuerpos sexuados y dóciles” (p.147).

En otras palabras, además de visibilizar la violencia obstétrica como un problema de salud pública, es importante entrever la trascendencia en la historia de las mujeres dentro del

contexto cotidiano y en el desarrollo de la sociedad, el cual vislumbra el camino de las expresiones del derecho a la salud en la atención pública de estas durante el proceso de embarazo.

En la actualidad, se han generado avances en materia de salud que traen beneficios y bienestar a las personas, no obstante, las acciones a nivel general y, en particular, en el campo de la salud sexual y salud reproductiva continúan permeadas por el modelo biomédico. En relación con esto, Belli (2013) manifiesta “las prácticas de rutina durante el momento del parto, aplicadas de forma sistemática, mecanicista y medicalizada, adquieren un carácter negativo, que muchas veces deriva en situaciones de violencia para las mujeres” (p.27), lo que dificulta y reduce las posibilidades de aprehender el tema desde una visión integral.

Arguedas (2014) argumenta

La experiencia que tiene cada mujer va a variar, dependiendo de ciertas categorías, la edad es una de esas categorías, el estatus migratorio es otra de esas categorías, la etnia y raza, es otra de esas categorías, y se podría seguir hilando más, pero si es como muy evidente que el maltrato, la invisibilización de la mujer embarazada como sujeto moral, se profundiza si la mujer es joven o es adolescente, sobre todo diría yo si es adolescente, si es una mujer indígena si es una mujer migrante, (...) entonces cuando hay violencia obstétrica no podríamos afirmar que todas las mujeres van a experimentar esa violencia, violencia obstétrica de la misma forma, que el entramado de las categorías de discriminación hacen que haya unas mujeres más vulnerables a la violencia obstétrica que otras. (Foro: Protocolo de atención materna de la CCSS)

Esto permite divisar las especificidades al tener un panorama de la complejidad que sustenta la violencia obstétrica, por tanto, el acercamiento al objeto de estudio requiere profundizar en lo particular para comprender lo universal, teniendo en cuenta las intersecciones que desde ahí se derivan.

De esta manera, el abordaje del derecho a la salud y su vinculación con la violencia obstétrica precisa develar aspectos históricos, ideológicos, culturales, políticos y sociales que se configuran en este tipo de violencia y que vulnerabiliza la situación social, física, económica, emocional, psicológica, cultural y familiar de las mujeres.

En este sentido, el Trabajo Social- a través de la problematización de la violencia obstétrica- puede y debe aportar elementos para el análisis y el debate, documentando,

investigando y siendo partícipe de estrategias que derriben barreras ideológicas, a fin de lograr la reivindicación, el cumplimiento y protección de los derechos de las mujeres.

A la vez -en el contexto actual-, Trabajo Social reconoce que en el derecho a la salud se entrecruzan líneas con el mercado capitalista que privatiza los servicios de atención estatal, los sistemas de seguridad social y las necesidades de las personas se ven sometidas a los intereses de ese mercado. En él, prevalece el individualismo, la desigualdad, la alienación, la opresión y la aceptación de injusticias que permiten el desarrollo de todo tipo de violencia hacia las mujeres, donde una de ellas es la de tipo obstétrica (Sánchez, 2007). Situación que transgrede diferentes derechos incluyendo “los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva” (Comisión Nacional de Derechos Humanos en México, 2015, p.16).

En otras palabras, la pertinencia y la importancia en el abordaje del tema en Trabajo Social comprende una parte fundamental y plataforma del proyecto ético-político de la profesión, que se ha caracterizado por defender los derechos, asumir compromisos con los sectores populares en busca de la dignidad y la justicia social de los grupos vulnerabilizados; por ende, es pertinente abordar cómo se expresa el derecho a la salud en la atención pública a mujeres durante el proceso de embarazo en su vinculación con la violencia obstétrica.

Esto se debe, principalmente, a que Trabajo Social tiene la capacidad de facilitar procesos para la promoción, protección, vigilancia de la salud y de comunicación entre las instituciones y la población, además de “captar, analizar y comprender la multiplicidad de aspectos que conforman las problemáticas de salud” (Petrona y Vázquez, 2009, p.8) como lo es la violencia obstétrica.

Conjuntamente, según Díaz (2015) “estamos frente a un escenario de violencia, y Trabajo Social (...) es la profesión que atiende violencia en el sistema de salud por excelencia, (...) porque es a Trabajo Social la que le llegan los casos” (Heilen Díaz, comunicación personal², julio del 2015). En relación con esto, las instancias del Estado juegan un papel importante, en especial, las instituciones que participan en el sector de salud,

Usualmente, se ha establecido que las instituciones de salud, particularmente las públicas, son receptoras de situaciones de violencia, esto es, de lesiones, accidentes y agresiones cuyo daño o afectación física amerita atención médica

² Ver Anexo N°2

especializada; de hecho, se ha considerado que estas instituciones son el espacio privilegiado para la detección de todas las violencias. (Fernández, 2007, p.53)

Lo anterior, se evidencia en los datos proporcionados por el Ministerio de Salud, que determinaron que, en Costa Rica durante 2010, se atendieron 8826 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales 6997 fueron en contra de las mujeres, por ende, es importante adentrarse, investigar, analizar y reflexionar acerca del tema de la violencia, la relación con el género y los procesos sociales como lo son el embarazo y la maternidad.

La violencia contra las mujeres afecta a las mujeres en todas partes. Impacta en la salud de las mujeres, dificulta su capacidad para participar plenamente en la sociedad, afecta el disfrute de la salud sexual y reproductiva y de los derechos sexuales y reproductivos, y es una fuente de tremendo sufrimiento físico y psicológico para las mujeres y sus familias. (Naciones Unidas Derechos Humanos, 2013, párr.1)

De manera que estas situaciones pueden ser referidas dentro de la labor de las y los profesionales de Trabajo Social que se desempeñan en diferentes instituciones del Estado (INAMU, Defensoría de los Habitantes, CCSS, Juzgados de Familia, Tribunales de Justicia, Ministerio de Educación) u Organizaciones no Gubernamentales que hacen necesario contar con insumos en pro de comprender y abordar los tipos de violencia existentes como lo es la violencia obstétrica con el objetivo de fortalecer la labor y propiciar respuestas que mejoren la calidad de vida de las mujeres y sus familias.

Por ello, a través de la investigación, tanto la población que labora en los sectores ya mencionados, en especial sector salud, los y las profesionales en Trabajo Social, así como los sujetos y las sujetas de atención pueden generar iniciativas y alternativas en el derecho a la salud y en la política pública. Estas deberían retomar la diversidad de las mujeres, sus necesidades, el papel de la maternidad, la autonomía, el cuerpo, la sexualidad y reproducción femenina, para concertar prácticas y servicios de salud que muestren respeto al pensamiento, la dignidad, además de propiciar la libertad, la autonomía del cuerpo y la vida de las mujeres, como lo señala la Organización Mundial de la Salud (2014):

Se requieren más iniciativas para respaldar los cambios en el comportamiento de los profesionales de la salud, los entornos clínicos y los sistemas de salud a fin de garantizar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de atención materna respetuosos, competentes y comprensivos. (párr.20)

Un aspecto importante del desarrollo de la presente investigación, refiere a que, en el país hasta hace poco, no existían investigaciones desde la profesión que abordaran la violencia obstétrica. Por lo cual, la trascendencia del trabajo subyace no solo en visibilizar y documentar cómo se expresa el derecho a la salud en la atención pública a mujeres durante el proceso de embarazo, sino en generar discusión de los elementos (manifestaciones, características, prácticas, etc.) que predominan al interior y facilitan la reproducción de la violencia obstétrica.

Estado del Arte

El presente apartado tiene como propósito recuperar el conocimiento producido por investigadoras/es, académicas/os y organizaciones, dentro y fuera de Costa Rica en torno a la violencia obstétrica.

La construcción de este apartado se inició con la búsqueda bibliográfica de Trabajos Finales de Graduación, investigaciones y artículos científicos relacionados con la violencia de género, violencia institucional y violencia obstétrica para así promover el acercamiento y análisis de referentes epistemológicos, teóricos, conceptuales, conclusiones y recomendaciones, con el fin de generar antecedentes correspondientes a la violencia obstétrica.

Los insumos fueron proporcionados por el Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información (SIBDI y OPAC) de la Universidad de Costa Rica (UCR), sistema de bibliotecas de la Universidad Nacional de Costa Rica (UNA), Universidad Estatal a Distancia (UNED), Universidad de Valencia, Universidad de Pompeu Fabra, Universidad Veracruzana, Universidad de Alicante, Universidad de Puerto Rico, Universidad de Santiago del Estero y Universidad de Cuyo.

Además, se utilizó la base de datos ProQuest, donde se retomó tesis de doctorados de los Programas: Retos Socio-Culturales del siglo XXI de la Universidad de Deusto de Bilbao, España y el Programa de Ciencias Sociales: Doctorado en Psicología con Especialidad en Consejería Psicológica de Gurabo, Puerto Rico.

En esta senda, se constata que carreras como Sociología, Derecho, Trabajo Social, Filosofía, Enfermería, Antropología, Periodismo, Comunicación Colectiva y Comunicación Audiovisual, han realizado investigaciones para abordar temas relacionados con la Violencia de Género, Violencia Institucional, Desigualdad de Género, Violencia Doméstica, Violencia de Pareja y Violencia Obstétrica.

Lo anterior visibilizó el camino recorrido hasta entonces con el fin de conformar un análisis crítico y articulado de contenidos que permitieron sustentar y construir una investigación científica vinculada a la violencia obstétrica, que en el futuro sea fuente de información y de consulta en investigaciones relacionados a este tema.

Violencia Obstétrica

Esta categoría, según las investigaciones, se enmarca dentro de la violencia de género, que, al igual que otras expresiones de violencia (intrafamiliar, laboral, militar, psicológica, callejera, física, sexual), es invisibilizada por la sociedad, transversalizando aspectos de orden social, cultural, político, económico e ideológico producidos en escenarios públicos y privados y determinan la vida de las mujeres.

Bajo esta concepción, Vargas (2008) asegura que es indispensable especificar en el tiempo y el espacio las situaciones de violencia “darlas a conocer y potenciar así, para la víctima, su derecho a ser escuchada y a que se tomen acciones para que lo sucedido no se dé nunca más” (p. 37), apremiando pasos en el proceso de cambio que urge en la realidad social.

Esto comprendió el análisis de contenidos y conclusiones que explican y caracterizan a la violencia obstétrica, interpelando explicaciones en torno al embarazo, además de los derechos de las mujeres que faciliten la desconfiguración de las estructuras que sustentan la desigualdad e inequidad de género.

El abordaje de la violencia obstétrica es reciente, Belli (2013) señala que, en la gran parte de las investigaciones de violencia en contra de las mujeres, hay ausencia de estudios que comprendan este tipo de violencia, sin embargo, en los últimos años en distintos puntos de la región latinoamericana, mujeres y organizaciones se han dado a la tarea en hilar información que expliquen la instauración de la violencia obstétrica dentro del contexto social.

Ejemplo de esto son las investigaciones de Villegas (2009) y Magnone (2011) que generan esfuerzos por conceptualizar y adentrarse en las particularidades que subyacen en este tipo de violencia. Algunos de los puntos de encuentros determinan que la violencia obstétrica refiere a acciones u omisiones en contra del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres, desarrollados durante la gestación y el parto, que se rigen bajo premisas jerárquicas, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, origina la deshumanización de quienes son intervenidas.

A la vez en Costa Rica el Proyecto “Ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica” llevado a la Asamblea Legislativa establece que este tipo de violencia se relaciona a “la falta de respeto por la autonomía de las pacientes y su derecho a la información; con la deficiente atención y acceso de las mujeres de salud reproductiva de calidad, así como con los fallos del sistema social de salud para atenderlas durante el embarazo, el parto y el puerperio” (Asamblea Legislativa, 2015, p.2) constatando la violación de los derechos humanos de las mujeres.

Asimismo, la Defensoría de los Habitantes (2015) conceptualiza la violencia obstétrica como:

Es una forma de violencia de género que sufren las mujeres en el ámbito de la atención del embarazo, parto, puerperio y lactancia; y consiste en acciones como la no atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, el disponer del cuerpo de las mujeres al aplicarles medicamentos y usar técnicas de aceleración del parto sin su consentimiento. (...) se incluye la práctica de cesáreas existiendo condiciones para el parto vaginal; así como la violación del derecho que les asiste a las mujeres embarazadas a estar acompañadas, antes, durante y después del parto. Constituye también la no disposición de equipamiento, personal médico y de enfermería o cualquier elemento que pongan en riesgo la vida y la salud de las mujeres y de sus hijos e hijas. (p.1)

En Argentina, la presión de la población demandó al Senado y Cámara de Diputados establecer la Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres (2009) que define la violencia obstétrica “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 6” (p.4).

En las investigaciones de Canevari (2011), Monroy (2012) y Belli (2013), se afirma que la violencia obstétrica está asociada a la instauración del modelo hegemónico de atención de la salud reproductiva de las mujeres, entre los siglos XIX y XX. Se agrega que el patriarcado despojó a las mujeres de todo lo relacionado con la gestación y el parto y, a través de los avances en la tecnificación de procesos, les entregó el poder a los hombres, mismo que fijó y acentuó los estereotipos impuestos a la maternidad.

Las mujeres dejan de lado sus saberes, pierden protagonismo y se subordinan a la atención médica. El nacimiento es un campo de poder, donde hay una relación entre las mujeres y los/las profesionales de la salud, de tensiones y ejercicio de

la violencia real y simbólica hacia quienes se les demanda que sean “pacientes”.
(Canevari, 2011, p.20)

También, Barrantes (2009), Cuevas (2009), Villanueva (2010), Magnone (2011), Canevari, (2011), Quevedo (2012), Monroy (2012), Belli (2013), GIRE (2013), Arguedas (2014) y la Defensoría de los Habitantes (2015) advierten que la intrusión y concreción de la violencia obstétrica en los servicios de salud se vincula al poder simbólico que facilita su naturalización. Así como fortalece el modelo biomédico, que instaera jerarquías de saberes, pacta en la verticalidad la toma de decisiones y promueve ideas inequívocas y estereotipadas del rol de las mujeres.

Esto posiciona a las mujeres como objetos pasivos de control, lo cual enmarca un sistema de salud altamente jerarquizado entre usuaria y médico/médica, caracterizado “por las asimetrías de poder y por la apropiación del sistema sobre las decisiones vitales sobre el cuerpo de sus usuarios/as” (Magnone, 2011, p. 4); situación que plantea necesidades latentes para desarticular los procesos de dominación que persisten, en busca de posicionar el cuerpo de las mujeres como espacio de lucha política, social, cultural, económica e ideológica.

Además, Cuevas (2009), Villegas (2009), Magnone (2011), Quevedo (2012), Monroy (2012), Belli (2013), García, Díaz y Acosta (2013) y Arguedas (2014) determinan que, tras la institucionalización, tecnificación y la medicalización de la gestación y del parto, los cuerpos de las mujeres son sometidos a la arbitrariedad de la medicina y a la deshumanización. Lo anterior está referido en Magnone (2011), Belli (2013) y Arguedas (2014) a partir de estudios realizados por Foucault (1977) relacionados a la medicalización indicando

El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal, antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica. (p.5)

Por un lado, se comprende que “la medicalización del embarazo y el parto constituyen el eje medular de la colonización del útero (como lo ha acuñado Ehrenreich) y del cuerpo de las mujeres” (Arguedas, 2014, p.154), que configura formas de opresión, en el continuum del patriarcado constatando violencia obstétrica en la atención de mujeres.

Por otro lado, en investigaciones de Villanueva (2010), Magnone (2011), Canevari (2011), Quevedo (2012), Monroy (2012) y GIRE (2013), se concluye que la provisión de los

servicios y la atención obstétrica está sesgada a la pertenencia o no a determinada clase social y/o con poder económico, exponiendo a las mujeres con menores o escasos recursos económicos y sociales, a actos de discriminación que vulnerabilizan su condición humana.

Al respecto Villanueva (2010) menciona:

Los conflictos de poder en la relación médico–paciente están permeados por la condición social de los actores: es conocido el desinterés, el trato impersonal y cargado de violencia de algunos médicos con sus pacientes en el servicio público y la obsequiosidad y zalamería, propia del vendedor, que tienen los mismos médicos con sus pacientes en el medio privado. Es decir, las relaciones de poder en estos espacios están en gran medida determinadas por el poder económico, el cual incluso puede matizar el impacto de algunas condiciones habituales de discriminación social, como las relacionadas con la pertenencia a una raza, género y preferencia sexual. (p. 150)

En resumidas cuentas, en la reproducción de la violencia obstétrica se constata la persistencia de valores excluyentes e individualistas, que impone relaciones asimétricas, comprometiendo la participación de las mujeres en el proceso constitutivo de la sociedad.

Un aspecto importante que señala Monroy (2012) especifica que la violencia obstétrica no inicia en el instante del parto, sino que se genera desde el momento en que las mujeres reciben la noticia de estar embarazadas, configurando el camino escabroso que enfrenta a las mujeres a manifestaciones de violencia. Conjuntamente, la autora menciona que la reproducción de la violencia obstétrica está directamente relacionada a la imposición de la autoridad médica basada en estereotipos de género.

Se detectaron situaciones donde se respetaron (irrespetaron) los deseos de las mujeres frente a los resultados de laboratorio, son expuestas a una violencia sutil y simbólica, silenciosa y por lo mismo difícil de detectar, que dejó en las mujeres la sensación de anulación, pérdida del poder, que sus deseos y necesidades fueron ignoradas. (Vals citado por Monroy, 2012, p. 46)

Esto deriva en actos discriminatorios en los que el poder obstétrico se cruza y desdibuja la situación de las mujeres en el embarazo, parto y postparto, así como las posibilidades de desarrollo en busca del mejoramiento de la calidad de vida.

El poder obstétrico vendría a ser esa forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y, por lo tanto, se ejerce en un territorio género-específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir. La microfísica del poder que se hace presente en este ejercicio produce

unos cuerpos dóciles y sexuados; son los cuerpos que, en la estructura social del patriarcado, requieren de un disciplinamiento particular para encauzar la economía de la reproducción, para lo cual ese poder obstétrico dispone de ciertas tecnologías disciplinarias. (Arguedas, 2014, p. 156)

Es decir, la reproducción de la violencia en contra de las mujeres mantiene sus raíces históricas en diferentes esferas (económica, política, cultural y social) legitimadas a través de espacios constituidos por luchas sociales para validar derechos fundamentales como la salud, al demandar la problematización de la violencia obstétrica para visibilizar las voces de las mujeres silenciadas por el patriarcado.

Bajo esta premisa, la descripción y el análisis de investigaciones en torno a la violencia obstétrica derivan como categorías la violencia de género y violencia institucional, a fin de constatar la aprehensión de la situación de la violencia obstétrica, sus características, expresiones, significado e implicaciones en las experiencias de las mujeres.

Violencia de Género

El desarrollo de esta categoría precisó la sistematización de contenidos, del análisis y de conclusiones de investigaciones que registren el tema y retomem determinantes escenarios, ámbitos, expresiones y consecuencias, que suscita este tipo de violencia en la realidad de las mujeres y que se relacionan a la violencia obstétrica.

Los trabajos de Vallejo (2005), Munevar y Mena (2009), Eduarte (2011) y González (2014), afirman que la violencia de género representa un problema estructural que trae consecuencias en el plano económico, social, político y cultural de la sociedad en general y en particular de las mujeres.

En esa línea, las investigaciones de Sequeira y Torres (2003), Ibáñez (2004), García (2005), Vallejo (2005), Munevar y Mena (2009), Rosales (2009), Guerra y Morales (2009), Eduarte (2011), Piatti (2013), González (2014) y Román (2014) avistan que la violencia de género representa un problema social y de salud pública que afecta a las mujeres por su condición de género, en el cual se transversalizan particularidades (clase social, educación, etnia, estatus migratorio, cultura, religión, edad y/o región geográficas) que constituyen elementos agravantes en las manifestaciones y daños a nivel emocional, físico y psicosocial.

La violencia de género es producto histórico del patriarcado, Vallejo (2005), Munevar y Mena (2009), Guerra y Morales (2009), Rosales (2009), Eduarte (2011), Piatti (2013),

Sequeira y Torres (2003), González (2014) y Román (2014) coinciden que este sistema se ha alojado y enriquecido en la realidad social a través de los procesos de socialización, que pueden desarticularse mediante procesos de sensibilización, exigencia y demanda de los derechos que propicien una sociedad justa y equitativa.

A su vez Vallejo (2005) agrega que la violencia de género resulta de la desinformación y el desconocimiento que opera en la sociedad, naturalizando el abuso, las desigualdades, el maltrato o las muertes de las mujeres. Al no tener acceso a fuentes de información que comprendan la gravedad de este tipo de violencia, cuando se reducen las situaciones a hechos pasajeros o concretos que oculta las razones estructurales e ideológicas por las que se gesta.

Según Espinar (2003), Sequeira y Torres (2003), Ibáñez (2004), García (2005), Vallejo (2005), Guerra y Morales (2009), Rosales (2009), Maroto, Rodríguez y Vásquez (2010), Piatti (2013), González (2014) y Román (2014) consignan que la violencia de género es un asunto individual y privado que se producen entre parejas o el hogar, ajeno a lo externo, al debate y que evade las responsabilidades del Estado y de la sociedad, quienes reproducen valores, patrones y roles sociales que legitiman el modelo patriarcal.

Conjuntamente, las investigaciones consultadas señalan que las víctimas disimulan y ocultan situaciones de violencia, por temor, miedo a represalias, dependencia emocional y/o económica, creen que su agresor/es pueden y van a cambiar, por vergüenza, y al no contar con redes de apoyo, que sustenten necesidades inmediatas.

Sequeira y Torres (2003) y García (2005), señalan que las mujeres están mayormente expuestas a la violencia psicológica, de manera que es vital focalizar las causas y constituir mecanismos que perciban las consecuencias e implicaciones que genera en la población femenina. Asimismo, las investigaciones de Sequeira y Torres (2003), García (2005), Guerra y Morales (2009), Rosales (2009), Eduarte (2011), Piatti (2013) y González (2014) entrevén la violencia de género como una violación de los derechos humanos de las mujeres que requiere un modelo de intervención a las víctimas, que elimine sentimiento de culpa, el reconocimiento de los derechos.

En concordancia con lo anterior, Guerra y Morales (2009) enfatizan que los sistemas de atención médica deben modificarse y sugieren que el personal de salud que atienden a posibles víctimas de violencia amplíen prácticas y acciones afirmativas, bajo un trato

respetuoso, empático, libre de prejuicios, generando confianza con las mujeres agredidas para canalizar la situación a centros de apoyo especializados.

Además, Vallejo (2005), Munevar y Mena (2009), Morales (2009), Rosales (2009), Eduarte (2011), Piatti (2013), Sequeira y Torres (2003), González (2014) y Román (2014) mencionan que la violencia de género está relacionada a imposición de roles que son reproducidos por mecanismos (medios de comunicación, publicidad, juguetes) que violentan, originan y masifican estereotipos, determinantes del papel de los hombres y las mujeres en la sociedad.

Esto permitió que Ibáñez (2004), Sequeira y Torres (2003), Espinar (2003) y Piatti (2013) relacionaran la violencia a procesos de empobrecimiento que experimentan las mujeres, profundizando las brechas entre los géneros. Esto se debe a que las mujeres empobrecidas dependen económicamente de sus compañeros, parejas o demás, y al separarse se ve afectada la economía del hogar, mientras que el Estado, ve afectado su flujo económico al existir la necesidad de invertir y subsanar con asistencia social la situación de esta población.

En relación con esto, Rosales (2009) y Piatti (2013) sugieren un cambio de direccionalidad en la mentalidad de la sociedad, mediante procesos de sensibilización, en los que se deconstruyan esquemas sociales por nuevos aprendizajes, para eliminar la revictimización de víctimas de violencia y la reproducción de prejuicios.

En la misma línea, Vallejo (2005), Munevar y Mena (2009), Rosales (2009), Guerra y Morales (2009), Eduarte (2011), Sequeira y Torres (2003), Piatti (2013) y González (2014) destacan la importancia de erradicar la violencia de género, respetando los derechos de las mujeres y haciendo ruptura con el patriarcado y los roles socialmente establecidos.

Ibáñez (2004), González (2014) y Román (2014) manifiestan que instituciones como la familia, comunidad, iglesia, escuela, permiten el continuum de la violencia de género en la sociedad, puesto que son las instituciones donde se generalizan y comparten aprendizajes que marcan la vida de las personas.

Lo anterior, permite establecer la relación con la siguiente categoría de análisis, puesto que en el país estas instituciones y otras como los centros de salud, integrados por personal de salud que reproducen la violencia de género producto del legado patriarcal, los cuales se instauran y naturalizan en los procesos de atención que se brindan, en este caso en particular a las mujeres.

Violencia Institucional

El origen de la violencia institucional se ubica a nivel macro, y corresponde a un conjunto de estructuras institucionales, donde median relaciones de poder e impera un control de los dominantes hacia los dominados. La violencia institucional la podemos encontrar en diferentes contextos, dentro de los sistemas económicos, políticos y sociales que se particularizan en áreas como la educación y la salud. Para efectos de esta investigación se refirió a la violencia institucional en los espacios de salud.

Las investigaciones de Bispo y Souza (2007), el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en México (2009) y Tagle (2015) analizan y retoman la violencia institucional que se origina en los centros de salud, y la definen como una forma específica de abuso y de prácticas autoritarias que instituciones privadas o públicas ejercen sobre las personas, vulnerabilizando sus derechos.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos en México (2015) conceptualiza la violencia institucional como:

(...) los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos (...) así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia. (p.14)

A la vez, Bispo y Souza (2007) y El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en México (2009) manifiestan que este tipo de violencia incluye la negación del tratamiento, no referir a otros servicios, suministro de información defectuosa o incompleta, largas esperas injustificadas o discriminatorias para ser atendidas en las instalaciones, maltrato verbal, negación de medicamentos y atención, manejo del dolor como generador de culpa. En el caso de Tagle (2015), se enfatiza que los procesos burocráticos innecesarios son una forma de violencia institucional.

En ese sentido, estas investigaciones ven la violencia institucional como la acción u omisión generada por el personal de salud de los centros de salud, que trae consigo consecuencias físicas, psicológicas, sociales, familiares y económicas en los usuarios y las usuarias del servicio, esto se ejemplifica con lo siguiente:

Cuando una persona ingresa a un hospital público, simbólicamente pasa a ser un/a paciente. Pasa a ser un cuerpo que necesita cuidados y es medicado e intervenido. Pasa a ser un/a individuo/a al que se aparta de los vínculos sociales que lo sostienen. Pasa a subordinarse de manera obediente a las normas institucionales y a las/los profesionales que la asisten. Deja de tener autonomía sobre sí misma, sobre la posibilidad de tomar decisiones, porque los conocimientos no le pertenecen. Ya no puede retirarse sin la firma de un alta. Cuando una persona ingresa a un hospital público, es enajenada. Si esta persona es mujer y pobre, la enajenación se profundiza en tanto se la considera un objeto y porta sobre sí una historia de discriminación, desvalorización y violencia. (Canevari, 2011, p.15)

Es importante destacar que las y los autores, anteriormente, mencionadas y mencionados hacen referencia a que la violencia institucional se reproduce en los centros de salud tanto públicos como privados, mientras que Faneite, Feo y Merlo (2012), Magnore (2011), Canevari (2011), Kalfio y Salazar (2013) y la Comisión de Derechos Humanos en México (2014) consideran que la violencia institucional sólo se genera en los centros de salud pública y es llevada a cabo por las autoridades, funcionarios(as) y profesionales de salud.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en México (2009) establece que este tipo de violencia institucional se manifiesta a su vez “de la institución hacia sus propios trabajadores (...)” (p.16), mientras que Bispo y Souza (2007), Magnore (2011), Faneite et al (2012), Kalfio y Salazar (2013) la Comisión de Derechos Humanos en México (2014) y Tagle (2015) afirman que este tipo de violencia se da de la institución hacia los usuarios(as) de los servicios que dicha institución presta.

Burgos (2003) y Bispo y Souza (2007) afirman en sus estudios que las y los pacientes perciben la violencia institucional, sin embargo, pese a esto adoptan una actitud pasiva, aceptando malos tratos o bien no saben cómo reclamar sus derechos, producto de la relación asimétrica y jerárquica que se establece entre el personal de salud y los pacientes en los hospitales públicos.

Por un lado, Burgos (2003), Faneite et al (2012) y Quevedo (2012) señalan que los usuarios(as) acogen un "rol de paciente" al aceptar de forma pasiva todo lo que el personal de salud quiera realizarle “lo que podría conducir a no manifestar su desagrado a ciertas actitudes y comportamientos, por miedo a represalias posteriores, lo que contribuiría considerablemente a la no identificación de actos violentos de parte de los prestadores durante la atención que recibe” (Burgos, 2003, párr.19).

Por otro lado, Burgos (2003), Magnore (2011), Quevedo (2012), Centro de Estudios de Género del Instituto Tecnológico de Santo Domingo (2013), Comisión de Derechos Humanos de México (2014) y Tagle (2015) declaran que la violencia institucional en los centros médicos la sufren en mayor cantidad las mujeres en la atención del embarazo y parto, situación que está trasversada por elementos que las vulnerabilizan como pobreza, bajos niveles educativos, condición migrante y adolescentes embarazadas, las causas se evidencian en la siguiente cita

La violencia está presente en todas las relaciones sociales y se encuentra institucionalizada. Las instituciones en sus estructuras jerárquicas y patriarcales son espacios en donde se aprende y se reproduce la violencia. La misma se hace cotidiana y se naturaliza. El efecto de la naturalización es la invisibilización y es así que las mujeres son víctimas de la violencia patriarcal ya sea de manera sutil en forma de desvalorizaciones o de manera cruel, como la violencia física. (Canevari, 2011, p.16)

Lo antes mencionado permite vincular la violencia institucional como parte de la violencia obstétrica, debido que según Tagle (2015) al momento de dar a luz, la mayoría de las mujeres ignoran sus derechos y “están demasiado asustadas o adoloridas para exigir que se respete su voluntad” (párr.7). Es por eso que se considera que la violencia obstétrica “(...) forma parte de un fenómeno más complejo y difícil de penalizar: la violencia institucional. Esta se considera la más grave debido a la impunidad con que habitualmente se ejerce” (Tagle, 2015, párr.7).

Por su parte, Solís (comunicación personal, julio del 2015) menciona que la violencia obstétrica corresponde una de las muchas formas de violencia, pues es uno de los tipos más olvidados en la erradicación de la violencia institucional a pesar de que existen instrumentos jurídicos que regulan y sancionan las violencias de género e institucional.

A su vez, Burgos (2003), Magnore (2011), Quevedo (2012), Centro de Estudios de Género del Instituto Tecnológico de Santo Domingo (2013), Comisión de Derechos Humanos de México (2014) y Tagle (2015) determinan que la violencia obstétrica forma parte de la violencia institucional, Tagle (2015) señala que en los sistemas de salud actualmente “la eficiencia predomina sobre el bienestar” (párr.8).

Esto deriva en acciones que aceleran el momento del parto, realizando lecturas patologizadas y medicalizadas de los procesos reproductivos de las mujeres, ya que se utilizan medicamentos y procedimientos innecesarios que responde a la lógica institucional y de

jerarquías entre “paciente” y médico que supeditan las necesidades de las mujeres. Quevedo (2012) ejemplifica esta situación:

Las parturientas no son las únicas que reflejan la violencia institucional. La misma visión dieron estudiantes de Medicina que hicieron allí sus prácticas en el último año: “El maltrato que se brinda a las pacientes es injustificable”, afirmó uno de los jóvenes. “Aprendí mucho en Obstetricia, pero me dolió ver cómo los médicos insultan, gritan y se burlan de las pacientes...”, denunció otro y un tercero, concluyó: “Aquí se hace mala praxis, nos enseñaron lo que no hay que hacer”. (p.283)

En ese, sentido la violencia institucional es una problemática que está presente en la sociedad, trae consecuencias graves para el desarrollo de la autonomía, capacidades, habilidades, el bienestar y la calidad de vida de los seres humanos y particularmente en las mujeres. Magnore (2011) apunta que las mujeres atendidas en el sector público sufren de mayor violencia institucional, en relación a las que fueron atendidas en centros de salud privados, pues las segundas contaban con medios económicos para pagar las consultas. En cambio, las mujeres que fueron atendidas en los centros públicos (por no poseer los recursos económicos) estuvieron expuestas a las disposiciones dictaminadas por el personal de salud, sin posibilidad de ejercer sus derechos.

Burgos (2003), Magnore (2011), Centro de Estudios de Género del Instituto Tecnológico de Santo Domingo (2013), Comisión de Derechos Humanos de México (2014) y Tagle (2015) concluyen la importancia de que, desde el Estado, se garantice y respete los derechos de las mujeres embarazadas, donde reciban una atención de calidad y humanizada. Por tanto, es necesario modificar las políticas de salud, los marcos normativos y sancionar a los funcionarios y las funcionarias que realicen actos negligentes o que contribuyan con la violencia institucional hacia las mujeres.

Burgos (2003) propone implementar medidas orientadas a la disminución y el manejo adecuado del estrés “por sobrecarga de trabajo del personal de salud, reconocido como el principal factor que predispone a la violencia, a través del aumento de funcionarios, especialmente durante los turnos nocturnos” (párr. 38). Magnore (2011) expresa que es necesario constituir una sociedad incluyente con “principios de accesibilidad, justiciabilidad y exigibilidad de los derechos sociales, sexuales y reproductivos” (p.23).

Esto permite determinar que la violencia institucional como parte de la violencia obstétrica deriva en situaciones (negligencia, malos tratos, omisión) que pueden originar problemas en la salud de la mujer y del feto/recién nacido/nacida, y que debe ser foco de atención por parte del Estado, de las instituciones y de la sociedad en general.

Balance final de las investigaciones analizadas

Los principales aportes de las investigaciones expuestas que favorecen la fundamentación de la presente investigación son las siguientes:

La violencia obstétrica forma parte de las manifestaciones de la violencia de género, esto se debe, principalmente, a que las mujeres, de manera histórica, han estado sujetas al sistema patriarcal que logra transformarse en la realidad social, lo cual favorece y mantiene procesos de desigualdad e inequidad entre hombres y mujeres. Esto se debe principalmente porque está determinada por diferentes estructuras (históricas, culturales, ideológicas, políticas, sociales y económicas) que derivan en roles sociales, estereotipos, valores patriarcales y conservadores, mismos que se reproducen durante la gestación, trabajo de parto, el parto y postparto. Dichas estructuras facultan actos de discriminación y violencia que vulnerabilizan las condiciones de vida y salud de las mujeres.

Un aspecto fundamental y sobresaliente del tema está relacionado con la atención en salud después del parto o atención puerperio, pues en esa etapa persiste la falta de interés por el bienestar de las mujeres, al enfatizarse la atención en cuidados hacia el niño o la niña. Por ende, se descuida la salud física y psicosocial de quienes dan a luz, lo que puede traer consigo situaciones de depresión postparto u otros.

Asimismo, el poder simbólico está ligado a la reproducción, la sexualidad y la atención obstétrica, lo que resulta en jerarquías de poder y saber. Esta realidad faculta la instrumentalización del cuerpo y de los procesos naturales, invisibilizando las decisiones, necesidades, deseos y/o preferencias de las mujeres para facilitar la labor del personal de salud.

La violencia obstétrica, al igual que otros fenómenos sociales, (pobreza, alienación, desigualdad social) está acompañada por intereses capitalistas que producen diferencias en la generación y materialización de servicios como la salud. Esta desatiende y focaliza necesidades, las cuales son puestas al servicio del mercado y afectan tanto el desarrollo como el bienestar social de las mujeres.

Además, se constata que en nuestro país existen pocos Trabajos Finales de Graduación que aborden la violencia obstétrica, pese que representa un tema relevante para el quehacer profesional, pues impacta a un sector considerable de la población representado por las mujeres, consideradas sujetas fundamentales en la reproducción social.

Por su parte, la violencia de género configura parte de las manifestaciones de la violencia que se expresa en la sociedad, sin embargo, es un tipo de violencia que busca la opresión de la población femenina para el control, discriminación y vulnerabilización de sus particularidades, situación que violenta los derechos de las mujeres y que precisa la intervención por parte del Estado y la sociedad en general, para, de ese modo, ahondar en las determinaciones históricas, culturales, ideológicas, sociales y económicas que permite su desarrollo y reproducción.

A la vez, dentro de la violencia de género, se generan ejercicios de poder que permiten su reproducción y funcionan como germen de manifestaciones de diferentes tipos de violencia psicológica, física, sexual y/o patrimonial, que se presentan a lo largo de la historia de las mujeres, no obstante, existen particularidades y características que pueden agravar sus expresiones: la etnia, estatus migratorio, edad y clase social.

Conjuntamente, persiste una visión fraccionada y desinteresada de la violencia de género, que desvirtúa la complejidad que la compone, al descontextualizar las estructuras que la comprenden y aminora las causas, mediaciones, implicaciones, además de las consecuencias que tiene en la vida de quienes son víctimas.

Otro de los aportes que resultan del Estado del Arte vinculante con la violencia obstétrica es la violencia institucional, que refiere a las acciones u omisiones presentadas en los servicios de salud, de trato, de capacidad de respuesta, entre otras, expresas en la labor que realiza una institución, que es naturalizada e invisibilizada por las personas, a través de relaciones de poder, de jerarquía, de estructuras ideológicas, culturales y morales que afectan en mayor medida a los sectores vulnerables de la sociedad.

Este tipo de violencia se manifiesta tanto en el ámbito público, como en el privado, derivados de valores neoliberales y capitalistas como la eficacia y la eficiencia, que se antepone a la dignidad y bienestar de las personas, lo que genera la violación de derechos y la reproducción de la violencia.

Además, existen patrones estructurales, culturales e ideológicos expresados en la sociedad y que interfieren en la socialización y las relaciones sociales y de género afectando el ejercicio de los derechos, la atención de las mujeres embarazadas o en postparto al generar situaciones de violencia obstétrica.

La violencia institucional se constituye en dos vías: de la institución con los y las trabajadores, además de las personas usuarias de los servicios, lo cual define relaciones sociales desiguales que impregnan la cotidianidad institucional y derivan en violencia.

El acercamiento y complejización del tema de la violencia obstétrica, de género e institucional facilitó la desagregación de elementos que aportaron a la construcción del objeto y del problema de investigación.

Planteamiento del problema y objeto de investigación

A partir de los vacíos detectados en la elaboración del Estado del Arte, se definieron el objeto de estudio, el problema de investigación, el objetivo general y los objetivos específicos.

A través del análisis de “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense” (Arguedas, 2014) y el Informe Final con Recomendaciones de la Defensoría de los Habitantes para el desarrollo del Estado del Arte, se constata que, en Costa Rica, la violencia obstétrica se reproduce en el ámbito de la salud al configurar parte de las aproximaciones que definen el objeto de investigación.

Al mismo tiempo, se enuncia que la violencia obstétrica representa un asunto de salud pública que vulnerabiliza y violenta el derecho a la salud, apremiando necesidades de análisis y reflexiones que aborden estructuras históricas, sociales, políticas, ideológicas y culturales que facilitan el desarrollo de este tipo de violencia en la vida de las mujeres. Además de proporcionar un precedente a nivel académico en el quehacer profesional de Trabajo Social y en la cotidianidad de las mujeres.

En ese sentido, la importancia del objeto y problema de investigación reside en visibilizar, explicar y comprender las manifestaciones de la violencia obstétrica que ponen en riesgo la vida de las mujeres. Para ello, precisa reposicionar la historia femenina anulada, a fin de garantizar los derechos concernientes del proceso de embarazo, que procuren el bienestar.

A la vez, el estado de la cuestión muestra poca vinculación de Trabajo Social en el abordaje de la violencia obstétrica, situación que enfrenta a la profesión a desafíos relacionados a la construcción de conocimiento orientados a la prevención e intervención de este tipo de violencia, integrando en el proyecto ético- político discusiones y acciones que enuncien la importancia de eliminar barreras que profundizan la desigualdades sociales y de género que median en la reproducción de la violencia obstétrica.

Lo anterior permitió definir el objeto y el problema de investigación:

Objeto:

Expresiones del derecho a la salud en la atención pública a mujeres durante el proceso de embarazo en su vinculación con la violencia obstétrica.

Problema de Investigación:

¿Cómo se expresa el derecho a la salud en mujeres en la atención pública durante el proceso de embarazo en su vinculación con la violencia obstétrica?

Objetivos de investigación

Objetivo General:

Analizar las expresiones del derecho a la salud a mujeres en la atención pública durante el proceso de embarazo en su vinculación con la violencia obstétrica.

Objetivos Específicos:

1-Describir las políticas públicas relacionadas al derecho a la salud de las mujeres durante el proceso de embarazo.

2-Analizar la atención pública en salud de las mujeres durante el proceso de embarazo a partir del Manual Técnico de Educación Perinatal para las mujeres gestantes y sus familias (2014)

3-Identificar manifestaciones de la violencia obstétrica que vulnerabilizan el derecho de la salud de las mujeres durante el proceso de embarazo.

4-Determinar la vinculación de la violencia obstétrica con las expresiones del derecho a la salud de las mujeres en la atención pública durante el proceso de embarazo.

Aproximación Teórica

En este apartado, se explican los principios orientadores de los enfoques de derechos y de género conforme se trazó la base teórica y filosófica que permitió la aprehensión y el análisis de las expresiones del derecho a la salud en la atención pública de las mujeres durante el proceso de embarazo en su vinculación con la violencia obstétrica.

El enfoque de derechos busca la protección y exigibilidad de los derechos con el propósito de garantizar el respeto por la dignidad humana (Claramente, 2005). Bajo esta premisa, dicho enfoque reconoce que todas las personas, independientemente, de sus características (género, edad, cultura, nacionalidad o cualquier otra condición) son “titulares de toda la gama de derechos inherentes a su condición humana” (Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017, 2007, p.16), por tanto, la violación de cualquiera de estos profundiza las desigualdades y vulnerabiliza la situación de las personas.

Esta particularidad, se expresa, cotidianamente, entre la población femenina, de modo que la especificidad de las violaciones de los derechos humanos que se manifiestan en las mujeres derivan de atributos históricamente constituidos, lo cual asigna un carácter propio tanto para el reconocimiento como para la protección de sus derechos (Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017, 2007). Eso confiere al enfoque una fuente de análisis del objeto de estudio, que ratifica la lucha y las resistencias presentes en el contexto por alcanzar la equidad e igualdad en la sociedad.

El enfoque de derechos se sustenta en varios principios:

- El reconocimiento de la ciudadanía como un derecho de todas las personas, independientemente de su sexo, nacionalidad, edad, etnia, condición social y opción sexual; y es deber del Estado proteger y garantizar el cumplimiento de este derecho. Dicha ciudadanía es política y es social y para serlo plenamente debe ser visible y

exigible. Por lo que deben crearse mecanismos de vigilancia, y seguimiento de los derechos que puedan ser aplicados por la sociedad civil.

- Reconocer que la estructura social está fundamentada en relaciones sociales basadas en el poder (en sus distintas manifestaciones: económico, generacional, de género, étnicas, entre otros). Por tanto, al redefinir el marco de las relaciones entre las personas, se han de considerar las diferencias sociales y las económicas (que se han expresado en término de desigualdades) para buscar relaciones de igualdad y respeto a las diferencias.
- Enfatizar en la persona como sujeto integral (bio-psico-social), como un sujeto concreto y particular, cuyos derechos son universales, indivisibles e integrales.
- Al reconocer la igualdad y el respeto a las diferencias, así como la construcción de relaciones más justas entre las personas, su implementación requiere de una perspectiva que considere la diversidad social y la especificidad.
- Considerando la democracia como un derecho, la transparencia y la rendición de cuentas de los gobernantes, al fomento y promoción de la participación ciudadana y de la vigilancia y exigibilidad de los derechos de las personas, se convierten en componentes básicos de las políticas sociales (Solís, 2003, p.5).
- Suponer una institucionalidad centrada en el sujeto, “más y mejores mecanismos de coordinación de los sistemas de acción social y de los sistemas político administrativos” (Guendel citado en Solís, 2003, p.6).

Frente a este escenario, la desigualdad, vulnerabilización y violación de derechos, el enfoque constituye un insumo que demanda al Estado y la sociedad en general promover espacios, estrategias, alternativas y condiciones que garanticen los derechos y busquen el bienestar de las mujeres.

Dicho de otro modo, es fundamental transversalizar el enfoque de género en la aprehensión del objeto, debido a que la relación desigual entre hombres y mujeres en la historia humana enmarca las oportunidades, el acceso y el ejercicio de derechos.

Entre tanto, el enfoque de género se fundamenta a partir de la teoría feminista, que analiza y comprende las desigualdades e inequidades sociales, políticas, económicas, ideológicas y culturales existentes entre los géneros, que vislumbra significados y relaciones

en torno a las oportunidades de desarrollo, capacidades, características, emociones y pensamientos de las mujeres.

Por dicha causa, la categoría género “llama la atención acerca de las construcciones sociales de distinto orden desde las prácticas hasta las normas, valores y símbolos asociadas a los sexos femenino y masculino” (Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017, 2007, p.15). Es así como se determina una red conceptual “unas gafas que nos muestran una realidad ciertamente distinta de la que percibe la mayor parte de la gente” (Álvarez, 2005, p.15), que produce interpretaciones que cuestionan la naturalización de las desigualdades, estereotipos y roles de géneros que se expresan en el proceso de embarazo de las mujeres.

De esta manera, el enfoque establece una ruta de conocimiento que facilitó la exploración de semejanzas, diferencias, posibilidades, expectativas y oportunidades, en las complejas y diversas relaciones sociales que subyacen en la sociedad, que a su vez se muestran en la cotidianidad de la atención en salud de las mujeres dividiendo “los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar a las maneras en que lo hacen” (Lagarde, 1996. p.2).

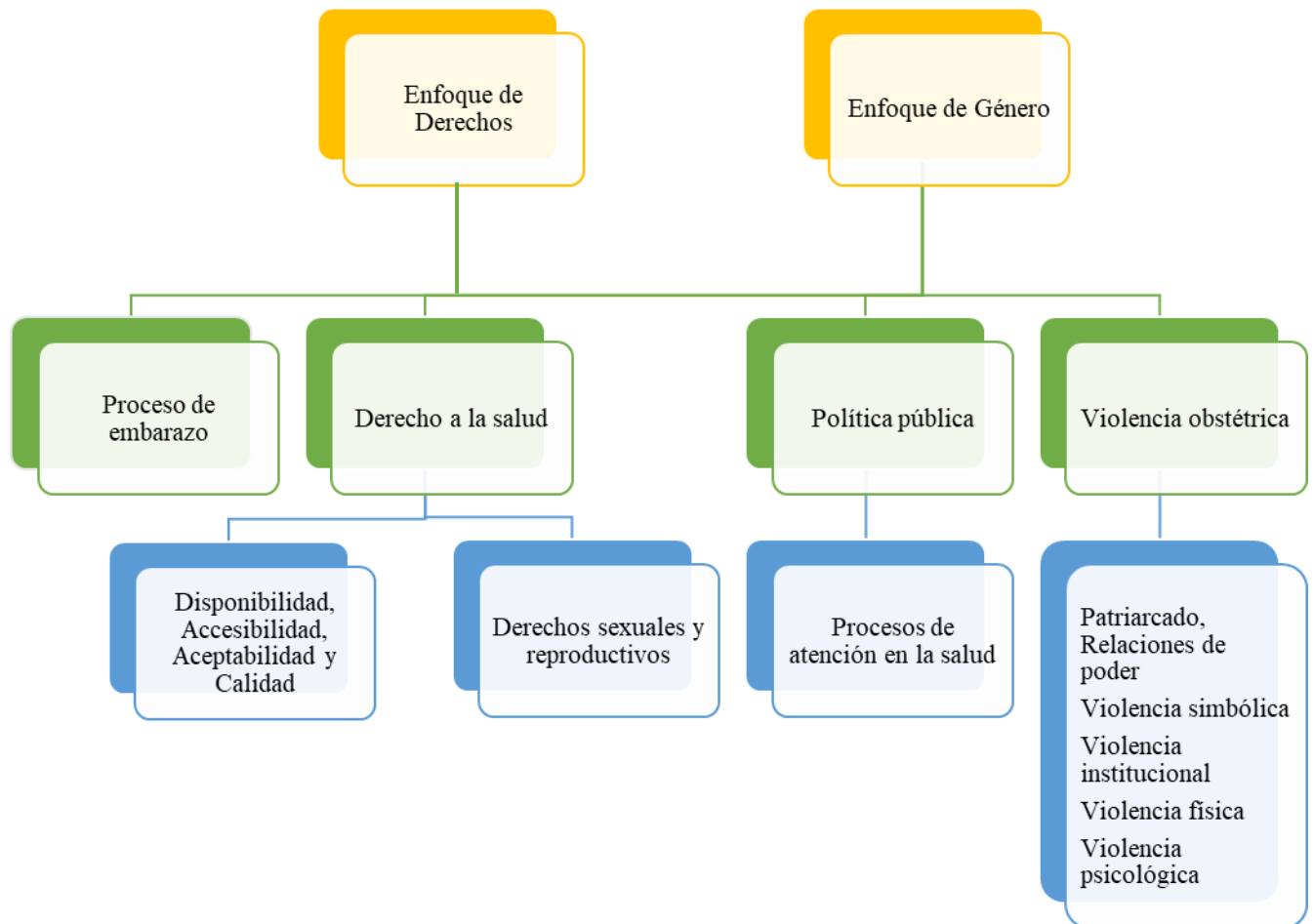
Es decir, la teoría de género representa un pilar, ya que no es monolítica y acabada, sino que, por el contrario, expone “presupuestos en torno a cuáles son las preguntas y problemas relevantes que interesan formular a la realidad” (Álvarez, 2005, p.16), y posiciona la toma de conciencia en cuanto a la identidad y la materialización del pensamiento, destituyendo significados y mitos (Haraway, 1984) relacionados con la situación de las mujeres en la historia.

Por lo tanto, las experiencias de las mujeres según Harding (1987) representan el punto central para documentar la historia supeditada de las vivencias femeninas, exponiendo parte de las consecuencias que genera en la población la reproducción de patrones de violencia durante el proceso del embarazo en una sociedad que vincula su organización y acciones bajo estándares de derechos.

A través de la complementariedad de los enfoques, se posibilitó un análisis articulado, que distingue líneas de acción en el ejercicio del derecho a la salud de las mujeres durante el proceso de embarazo y las manifestaciones de la violencia obstétrica que se vinculan en su desarrollo, lo cual facilita la estructuración de categorías y subcategorías que aportan al análisis

en busca de revertir ideas y paradigmas impuestos para concertar la transformación de la sociedad:

Figura N° 1 Categorías de análisis



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Proceso de embarazo

Existen diferentes concepciones del proceso de embarazo, en Occidente, predomina la perspectiva biomédica, que basa su abordaje desde una posición fragmentada que antepone el desarrollo orgánico, biológico y fisiológico sin distinguir los determinantes contextuales (sociales, culturales, ideológicos, políticos) que están implícitos en este.

Esta idea prevalece en algunas guías de atención en salud que describen el embarazo como “la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarcando, desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por la

etapa de embrión y feto” (Hospital General de México, 2014, p.1), visión estrecha que reduce el papel de las mujeres y las particularidades subyacentes en este proceso.

La Organización Panamericana de la Salud (1991) amplía los criterios y refiere que el embarazo es un proceso reproductivo que se establece en tres etapas: embarazo, parto y puerperio; así como que este representa un fenómeno natural en el que se impone exigencias al cuerpo de la mujer, con posibilidad de estar ligadas a factores biológicos intrínsecos (edad, número de embarazos, intervalo entre embarazos) u otras condiciones biológicas y situaciones psicosociales.

Blázquez (2005) añade que el embarazo es un proceso asociado al contexto social y político

La reproducción humana, no es un asunto meramente biológico, sino que es una actividad social, que está determinada por diferentes condiciones como son políticas, materiales y socioculturales que establecen un modelo de atención basado en una ideología de la reproducción que dota de significación a todos sus elementos como el embarazo, parto, puerperio, y produce unas determinadas ideologías de la maternidad y paternidad. (p.4)

A la vez, la autora asegura que el embarazo además de ser proceso universal de “la fisiología del cuerpo femenino, (...) nunca ocurre como un mero proceso biológico, sino que se encuentra culturalmente moldeados, dándose de diferentes maneras en cada sociedad y en los diferentes grupos sociales” (Blázquez, 2005, p.2).

Desde esta perspectiva, la investigación estableció el embarazo, trabajo de parto, parto y postparto como un proceso en que inciden aspectos físicos, biológicos y químicos que se fijan en cada etapa, vinculados a las estructuras sociales, culturales, ideológicas, políticas y económicas que determinan su desarrollo y la reproducción de formas de violencia en la atención institucional del mismo. Este planteamiento, obliga a los Estados a trazar marcos regulatorios que aborden las dimensiones y determinantes culturales, sociales, psíquicas, emocionales y económicas de las mujeres consignadas durante el proceso de embarazo.

Se programan las actividades para su seguimiento de forma integrada entre los profesionales de Atención Primaria y Especializada, fomentando la participación de la mujer en el desarrollo del mismo. Dichas actividades irán dirigidas a la captación precoz, la realización y cumplimentación de las visitas establecidas en los tres trimestres de la gestación, la educación maternal, la asistencia al parto, al puerperio y la atención y cuidado del recién nacido, así como la conexión con

los Programas de Salud Infantil y la oferta de los servicios de Planificación Familiar. (Consejería de Salud, 2005, p.13)

En resumidas cuentas, se asumen líneas de acción que intentan retomar las particularidades de las mujeres y del proceso de embarazo en busca del bienestar en su situación de salud y la mejoría en las condiciones materiales de vida.

Derecho a la salud

Las estrategias que implementa el Estado para la atención de las mujeres durante el proceso de embarazo se circunscriben en las premisas del derecho a la salud, categoría determinante en el análisis del problema de investigación, que facilitó comprender el desarrollo del derecho y su ejecución en la realidad social de las mujeres.

Los derechos humanos nacen a partir de configuraciones de poder antagónicas que manifiestan la exclusión de algunas “formas humanas” que no representaban el modelo occidental y androcéntrico (varón, adulto y burgués). A pesar de la disertación de universalidad (Stolkiner, 2010, p. 90), se enmarcan elementos ideológicos, culturales, políticos, sociales y económicos en la asignación de los derechos, entre estos el derecho a la salud de las mujeres durante el proceso de embarazo. No obstante, es imperativo comprender que la salud forma parte de las necesidades básicas requeridas para la reproducción de vida social, Pereira (2000) afirma

Es una necesidad básica porque sin la debida provisión para satisfacerla los hombres estarán inclusive impedidos de vivir. Esta es básicamente una necesidad natural que afecta todos los seres vivos y que en principio no diferencia hombres de animales, aunque la forma de satisfacerlas requiera en lo que se refiere a los hombres, provisiones de contenido humano social. (pp. 56-57)

Por ende, su optimización corresponde un requisito indispensable para la participación y el desarrollo social de las personas y particularmente en las mujeres durante el proceso de embarazo, representado uno de los principales retos entre las políticas de Estado.

La Organización Panamericana de la Salud (1999) apunta que la salud:

Es producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en la sociedad. Por lo tanto, está determinada por la estructura y dinámica de la sociedad, por el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, por el tipo de relaciones sociales que establece, por el modelo económico, por la forma de organización del Estado y

por las condiciones en que la sociedad se desarrolla como son el clima, la ubicación, el suelo, las características geográficas y los recursos naturales disponibles. (p.11)

Esta noción configura una visión integral de la salud, que comprende y atiende los aspectos estructurales y contextuales que configuran la concepción colectiva de salud, que media en lo particular, así como generar procesos excluyentes o de inclusión para la participación en la sociedad.

Existen otras concepciones del derecho, la Organización Mundial de la Salud (2013) establece que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste únicamente en la ausencia de afecciones o enfermedades” (párr.2) previendo generalidades que determinan las particularidades de la población y su cotidianidad.

La Convención Interamericana de Derechos Humanos Protocolo de San Salvador (1988) en el Artículo 10, manifiesta que la salud es un derecho inalienable, irrenunciable e inherente a todas las personas para “el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” (párr.30).

Contrario a lo anterior la Defensoría de los Habitantes (1999) desarrolla un concepto de salud extenso que la relaciona a determinantes del contexto

El concepto de salud ha superado la idea referida al bienestar físico, psíquico o social. Tampoco es ya un resultado biológico. La salud es un producto social y, por lo tanto, dinámico. Desde esta perspectiva la salud viene a ser el resultado de determinantes tales como la biología humana, el medio ambiente, el sistema sanitario y en la mayoría de los casos, de los estilos de vida. (Defensoría de los Habitantes citado en CENDEISS, 2003, p. 41)

Entonces, la salud representa a la vez una necesidad básica y producto social, que se constituye en la praxis, para mantener un estado óptimo que propicie la materialización de otras necesidades (educación, vivienda, servicios básicos, entre otros) y un alto nivel de bienestar, que faculte a las personas a la participación crítica liberadora.

Las Naciones Unidas (2010) determina que el derecho a la salud es inclusivo, en él debe prevalecer la atención oportuna y apropiada, donde se consideren factores determinantes como el acceso a la educación que alude a cuestiones de índole sexual y reproductivo.

De acuerdo con esta premisa, el derecho “busca garantizar la salud integral, el bienestar, para todas las personas sin discriminación por razón de sexo, etnia, religión, nacionalidad,

condición económica, edad, escolaridad, preferencia sexual y condición de salud” (Quirós, 2002, p. 1). Así que los servicios de salud deben propiciar un trato digno, equitativo, igualitario y respetuoso, que garanticen la salud y los derechos humanos que la transversalizan.

Es decir, la gestión y operacionalización de estrategias en salud debe considerar a “cada persona con sus necesidades singulares y colectivas es concebida como objetivo y meta (...), traducida así, la práctica institucional de salud se constituye cotidianamente en un escenario de derecho, materializado en la prestación del servicio, de la atención y del cuidado a la salud” (Fernández, 2007, p. 57) fundamento indispensable para alcanzar un nivel de bienestar que le permita a las mujeres en general y en particular en el proceso de embarazo continuar la lucha por deconstruir las desigualdades a las que se han visto expuestas históricamente.

Las acciones que se desarrollan en los centros de salud deben verse acompañadas al reconocimiento de la autonomía, esta entendida como la capacidad de discernir y criticar entre objetivos y creencias, para generar cambios en las prácticas culturales establecidas en la sociedad a la que se pertenece (Pereira, 2000), resiniendo la labor social del proceso del embarazo y del papel de la población femenina en la sociedad.

Es así que, en la particularidad de las mujeres, la autonomía es una necesidad básica que derriba las distorsiones persistentes en torno al género, la salud en general y en particular la sexual y reproductiva, “los enfoques mal orientados o parciales incluyen algunos de los grandes problemas en toda una amplia gama de subcampos de salud” (Sen, George y Östlin, 2005, p.13) situación que genera carencias para su promoción, vulnerabilizando la realidad de las mujeres y aumenta el riesgo de afectaciones físicas, emocionales y psicosociales originadas por enfermedades, mitos y prejuicios.

La Organización Panamericana de la Salud (1999) reconoce la importancia de incorporar una visión de género dentro de las políticas y estrategias de salud, que puntualice el derecho y de cuenta de la realidad en su totalidad.

Desde la perspectiva de la justicia social, no es de ninguna manera suficiente ni coherente enfrentar las desigualdades entre grupos económicos o étnicos sin abordar paralelamente las desigualdades injustas entre hombres y mujeres que existen en esos grupos. (Gómez, 2002, p. 454)

Esta propuesta incorpora la equidad, género y participación democrática en el marco que fundamenta la labor realizada por los servicios de salud y expresa cuatro elementos, los

cuales permitieron descubrir los aspectos estructurales determinantes en la situación de las mujeres durante el proceso de embarazo:

- El estado de salud y sus determinantes socioeconómicas.
- La asignación de recursos y el acceso efectivo a la atención de acuerdo con la necesidad.
- El financiamiento de la atención según la capacidad de pago.
- La distribución del poder y la carga de responsabilidades en el cuidado de la salud (Gómez, 2002, pp. 455-456).

A su vez, la Organización Mundial de la Salud (2013) ha dispuesto que el derecho a la salud abarca cuatro dimensiones interrelacionadas entre sí, además de con los elementos antes señalados, lo cuales representan ejes apremiantes de la población femenina en busca de mejorar la calidad y las condiciones materiales de existencia.

1. **Disponibilidad.** Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
2. **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: la no discriminación, la accesibilidad física; accesibilidad económica (asequibilidad) y el acceso a la información.
3. **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
4. **Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad (párr.26).

Estos principios establecen ámbitos de acción que legitima al Estado, que concretan los acuerdos internacionales y garantizan la satisfacción de necesidades, particularidades y la protección de los derechos.

No obstante, en el contexto actual, la reproducción del sistema económico imperante profundiza las desigualdades e inequidades históricamente constituidas para las mujeres en una

lógica de sujeción que requiere el posicionamiento de los Estados y la sociedad desde la visión de derechos

El género ocupa un lugar central —junto con la clase social y la raza— en el nivel macroeconómico de asignación y distribución de recursos dentro de una sociedad jerárquica. Su relevancia en ese nivel estriba en su función de articular dos dimensiones complementarias de la economía: por un lado, logra la existencia de una esfera no remunerada donde la fuerza de trabajo se reproduce y entra en circulación (trabajo *reproductivo*) y, por el otro, condiciona las alternativas en el mercado de trabajo remunerado (trabajo *productivo*). (Gómez, 2002, p. 455)

Esto genera el asentamiento de “un tope de derechos mínimos indeclinables (un “mínimo decente”)” (Stolkiner, 2010, p. 92), denominados por De Sousa (2002) derechos de baja intensidad y que son tolerados por el capitalismo mundial, con el fin de reducir los reclamos emancipadores y continuar con democracias de baja intensidad.

Lo anterior, demanda el trazo de líneas de reflexión y participación que posibiliten la transformación de ideas reduccionistas y mercantilizadas que vulnerabilizan los derechos y su cumplimiento, a fin de mejorar la situación de las personas y específicamente de las mujeres durante el proceso de embarazo.

En ese sentido, Ase y Burijovich (2009) mencionan que en la gestión y ejecución del derecho a la salud debe prevalecer los siguientes razonamientos:

-Persistir en alcanzar el más alto nivel de salud, entendido como el avance en la salud de la población, que se expresa en variables como la mortalidad, enfermedades, discapacidad, demografía, salud reproductiva y estilos de vida, que dan cuenta de la situación de grupos vulnerabilizados o discriminados.

-El Estado debe organizar y atender sus obligaciones de manera precisa, a través de acciones que responden a ejercer los derechos entre estos el de la salud, por ende, se analiza el acceso al sistema de salud para la prevención, curación, rehabilitación y acompañamiento de personas y comunidades para atender situaciones de salud, la orientación de recursos (sociales, económicos y políticos).

-Insistir en mantener un entorno político, social y ambiental que garanticen el ejercicio del derecho a la salud dentro de una visión de integralidad que entrelace los derechos, pues no pueden verse aislados.

Lo descrito permite generar un análisis crítico que visualice el derecho a la salud dentro de las políticas en salud en Costa Rica, también comprender cómo se expresa en los servicios de salud que atienden a las mujeres durante el proceso de embarazo, lo cual permite crear un antecedente que posicione el tema en la realidad social y la transversalización de la violencia en el ejercicio de este derecho.

Derechos Sexuales y Reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos son parte de las derivaciones del derecho a la salud, por ende, como subcategoría facilita la aprehensión del objeto de investigación clarificando información y el análisis de la atención provista por el Estado y la CCSS para las mujeres durante el proceso de embarazo en vinculación a la violencia obstétrica.

Es importante tener en cuenta que, a lo largo de las luchas femeninas, se han realizado esfuerzos para el reconocimiento y la protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos con el propósito de mejorar la salud sexual, reproductiva, física y psicosocial de las personas.

La conceptualización representa parte de este trabajo, en esa esfera se han creado debates que intentan colocar criterios para asegurar estos derechos, Petchesky y Judd (2007) argumentan que, si bien existen mecanismos (legislación, institución, autoconocimiento, apropiación) que garantizan los derechos, persisten determinantes que vulnerabilizan el cumplimiento y su legitimidad, “al no existir las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales requeridas para su ejercicio” (p.164). Esto se debe a su surgimiento como respuesta de los sectores dominantes para las clases subordinadas en momentos de opresión.

Otro referente de los derechos sexuales explica que los componentes de la sexualidad no deben estar vinculados a la reproducción, pues son dos procesos diferentes con particularidades específicas (Villanueva, 2008). Teniendo en cuenta esa ruptura, se determina que la salud sexual es “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad y donde se incluiría también la autonomía sexual para expresar y manifestar los deseos, el placer, las prácticas sexuales, así como orientación e identidad sexual” (González y Pajares, 2012, p.31).

Asimismo, el feminismo transgrede la idea de salud fijada en la ausencia de enfermedad, posicionando e integrando la visión integral y natural de la sexualidad “es algo

que nos pertenece y forma parte de nuestros deseos, el bienestar y el placer de cada cual” (González y Pajares, 2012, p.31), que facilita un análisis distinto del que coloca las propuestas existentes. La salud reproductiva se percibe como “un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994, p.12).

De esta forma, se definen la salud sexual y reproductiva como Derecho Humano Universal basados en la dignidad, igualdad, libertad; inherentes e irrenunciables de todas las personas, que faculta la libertad para decidir sobre su sexualidad y reproducción (Petchesky, 2008).

Existen otros elementos que definen los derechos reproductivos y sexuales, Arroyo (2011) afirma que en estos subyace “poder y recursos: poder para tomar decisiones informadas respecto a la propia familia, crianza y educación de los hijos, la salud ginecológica y la actividad sexual; y recursos para llevar a la práctica tales decisiones en forma segura y efectiva” (p.14), el cual divisa la transversalidad de estructuras ideológicas, económicas y culturales que conforman el espectro social.

Estas concepciones muestran que la asignación de los derechos no está determinada por la orientación sexual, de ahí la importancia de “programas para la igualdad de hombres y mujeres en materia de servicios de salud reproductiva, educación y alfabetización necesidad insatisfecha de anticonceptivos, reducción de la mortalidad derivada de la maternidad y VIH y SIDA” (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008, p, 29), idea que debe prevalecer en el desarrollo del proceso de embarazo.

En Costa Rica, la atención en salud sexual reproductiva se considera desde la consejería en derechos sexuales y reproductivos a fin de “defender, proteger, fomentar y promover la salud y de prevenir la enfermedad. Se hace necesario promover la confianza de la población que demanda atención en salud sexual y salud reproductiva, mediante acciones que no pongan en riesgo la salud de las personas” (Política Nacional de Sexualidad, 2012-2021, p.14).

Sin embargo, persisten nociones del sistema patriarcal que limitan y controlan la sexualidad femenina, en el que se ve inmerso el proceso de embarazo, que remiten a valoraciones androcéntricas, exponiendo información parcializada de prácticas sexuales y reproductivas libres; pese a la legislación, convenios y políticas existentes en materia de salud

y género. Esta situación deriva en críticas del abordaje acerca de los derechos sexuales y reproductivos, Morales (2013) afirma que en la mayoría de casos la sexualidad y reproducción, se han concebido como responsabilidad de las mujeres

(...) tienen su raíz en que la sexualidad por un lado ha sido un campo en el que las libertades de las mujeres propiamente no ha existido o ha existido bajo ciertas condiciones, y lo otro que tendría que señalar es que también en relación con los derechos reproductivos el tema de la maternidad es básicamente y sigue siendo un tema de manejo sumamente patriarcal, sin interesar que sea propiamente de la mujer. No interesa la maternidad o la paternidad que son cuestiones importantísimas. No se tiene en este ámbito el mismo contenido ni generan las mismas responsabilidades, por supuesto privan de oportunidades a las mujeres, que es algo que no le pasa a los varones en un sistema patriarcal en el que hay un doble parámetro para juzgar las decisiones y comportamientos de los seres humanos. (p.40)

Esto se debe a que los cuerpos de las mujeres se perciben como espacios de intervención, en los que se colocan “representaciones, prácticas y discursos sociales se las convierte en objetos silenciados, carentes de derechos y se las controla socialmente. En este sentido, la ausencia de derechos para decidir sobre el propio cuerpo” (Jerez, 2014, p.2).

Lo anterior plantea la reproducción de la visión androcéntrica de la sociedad que excluye poblaciones, particularmente a las mujeres, profundiza las desigualdades, invisibiliza y violenta los derechos sexuales y reproductivos, obstaculizando avances en esta materia.

En adición, la salud sexual y reproductiva son (y han sido) dimensiones de dominio y poder en el campo de la medicina que se constituye “poseedora no sólo de “la verdad” acerca de los cuerpos y sus procesos, sino también acerca de las prácticas correctas o incorrectas, normales o desviadas” (Da Costa, 2015, p.4). Tal razonamiento impregna los servicios de salud destinados para la atención de las mujeres durante el proceso de embarazo.

Dicha lógica facilita la reproducción de la violencia obstétrica, que según Arguedas (2014) está mediada por

El limitado o nulo acceso que tiene la población a una educación en derechos humanos y una marcada influencia de los sectores conservadores religiosos en la política pública de salud, producen una serie de obstáculos para el reconocimiento y garantía de los derechos humanos de las mujeres en materia de sexualidad y reproducción. (pp.158-159)

Por ende, es importante que, para el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos, además de facilitar la autonomía y autoconciencia para la toma de decisiones, se genere procesos reflexivos que transformen los patrones culturales, sociales, económicos y políticos que perpetúan la opresión de las mujeres al defender servicios de salud de calidad, que promuevan “información amplia y oportuna sobre una gama completa de servicios, incluida la planificación familiar; la decisión libre sobre la procreación, sin coacción de ningún tipo” (Rodríguez, 1993, p.11). Así como que separe la sexualidad del rol reproductivo, posicione el goce y el placer sexual para el cumplimiento, reconocimiento y garantía de los derechos.

A través de estos planteamientos, se evidencia la necesidad de que los Estados construyan estrategias que faciliten el abordaje de estos temas, consoliden las políticas que garanticen el respeto a la sexualidad, la reproducción y los derechos humanos, promoviendo la equidad de género.

Política Pública

Los derechos representan el punto de partida de los Estados para la creación y concreción de políticas públicas. Huaylupo (1999) menciona dichas políticas corresponden a la práctica social del Estado, cuyo origen se debe a las necesidades de grupos sociales:

La política pública no pertenece al Estado, es la respuesta de éste a las demandas y exigencias de la sociedad a la que pertenece el Estado. De esta manera, la política pública es el nexo entre la sociedad política y la sociedad civil y como tal, el estudio, análisis y evaluación de esa práctica ponen de manifiesto la relación, compromiso, representatividad e intencionalidad del Estado con los distintos y desiguales actores de la sociedad civil. (p. 8)

Dicho de otro modo, estas se ven como “el conjunto de actividades de las instituciones del gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos” (Peters, citado en Pallares 1988, p.142-143) a fin de generar condiciones para la reproducción de la vida social.

Las instituciones públicas son las principales encargadas y responsables de la ejecución de las políticas, estas instancias se encargan de gestionar, desarrollar y materializar una serie de acciones que den respuesta a las diferentes demandas, además de las G problemáticas sociales, económicas, culturales y ambientales que se gestan en localidades, grupos y personas que conforman la sociedad.

Las políticas públicas están contenidas en marcos jurídicos: Constitución Política, normas y leyes, convenciones internacionales, planes nacionales de desarrollo, reglamentos y directrices institucionales, entre otras, cuyo objetivo es organizar las competencias y el quehacer de los servicios públicos, programas y proyectos destinados a la atención de necesidades de las personas y, de ese modo, aumentar la legitimidad del Estado (Pallares, 1988).

En Costa Rica, al llegar al poder, cada gobierno elabora un Plan Nacional de Desarrollo que estructura el marco orientador de las políticas públicas, concertadas a través de planes estratégicos y planes operativos institucionales (de nivel nacional, sectorial, regional-territorial) que sustentan tanto el carácter vinculante, como obligatorio de las instituciones públicas, ministerios y demás órganos del Estado (MIDEPLAN, 2014) a las necesidades expresas de la población para garantizar sus derechos.

De esta forma, las políticas se traducen en directrices estratégicas, que fijan la responsabilidad, la preocupación del Estado y diversos actores sociales en la búsqueda de modificar conflictos/problemas que se manifiestan en la sociedad

Un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener. (Velásquez, 2009, p. 156)

Asimismo, se puntualiza la omisión de acciones dentro de la política pública, situación que parcializa e invisibiliza las necesidades concernientes al bienestar social de grupos poblacionales, como es el caso de las mujeres y en específico durante el proceso de embarazo, viéndose expuesta a actos de vulnerabilización de sus derechos, incidiendo en su calidad de vida.

En la creación y materialización de las políticas públicas se conjugan criterios que difieren en su origen, desarrollo y propósitos, Vasconcelos (2000) argumenta que estas responden a los intereses de la clase hegemónica capitalista, además de a las demandas de las clases oprimidas, ante el deterioro de sus condiciones materiales de subsistencia, que establece formas que permitan la continuación de las condiciones de vida. Por tanto, las políticas públicas, contrario de ser mecanismos de redistribución, ante la desigualdad y exclusión

económica, social y política que se manifiesta en la sociedad, son reproductoras del sistema ideológico capitalista, a fin de moldear a los y las ciudadanas para que se adapten a este.

Es así que según Kraft y Furlong (2006), las políticas públicas “reflejan no solo los valores más importantes de una sociedad, sino también el conflicto entre valores. Las políticas dejan de manifiesto a cuál de los muchos valores se le asigna la más alta prioridad en una determinada decisión” (p.5) que vulnerabiliza y afecta los derechos de la población.

Dicha situación, se hace visible al tratarse de las mujeres, debido que, históricamente, las necesidades que estas manifiestan no son prioridad en la formulación y ejecución de políticas públicas. Debido, en principio, a la persistencia del sistema patriarcal que agudiza las desigualdades, facilita la discriminación, feminiza la pobreza, mantiene la falta de reconocimiento del trabajo doméstico, debilita las condiciones y la inserción laboral, segmentando el mercado de trabajo, segregando la educación, generando violencia, rezagos institucionales y la escasez de recursos para la ejecución de políticas públicas específicas (Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género, 2007-2017) creando condiciones de inequidad en relación a los hombres.

Para acabar con este círculo de inequidad, Garretón (2004) manifiesta que toda política pública debe construirse con base en los principios de dignidad, de la no discriminación y de una sociedad democrática, que involucre a los diversos actores sociales entre estos las mujeres, para el reconocimiento de sus necesidades y demandas. De ahí, la importancia de insistir e impulsar políticas públicas universales con perspectiva de género, donde se garanticen el cumplimiento de los derechos femeninos, de los tratados y convenios que estén a favor de acabar con la desigualdad de género, que han sufrido históricamente las mujeres.

En el caso de Costa Rica, existen leyes, políticas y códigos (Política Nacional en Salud, Política Nacional de Sexualidad, Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género, Política Nacional de Vivienda y Asentamientos Humanos, Código de la Niñez y Adolescencia, Código de Familia, entre otras que resguardan los derechos de las personas, sin embargo, cada una de estas coloca necesidades específicas para las mujeres vinculadas a la situación de vulnerabilidad que presentan en la realidad contextual.

La Política Nacional en Salud, gestionada por el Ministerio de Salud, retoma algunas esferas de la salud femenina (reproductiva, sexual, riesgos de trabajo, ocupacional, nutrición, entre otras), lo cual representa una plataforma de trabajo de otras instancias privadas y públicas

como la Caja Costarricense de Seguro Social, quien configura estrategias para la atención de la salud de las personas en general y en particular de las mujeres, también de sus procesos de desarrollo sexuales y reproductivos, por consiguiente, la atención comprende un elemento fundamental en el ejercicio del derecho.

Atención en Salud

En el abordaje del derecho a la salud, se expresan acciones que son referidas en las políticas públicas, la atención en salud que se amplía en la institucionalidad y en los centros de salud, representa parte de ellas, acoge las necesidades manifiestas en la realidad social y que definen la cotidianidad de las mujeres.

En este contexto, se proyectan situaciones de la violencia obstétrica, inflexión mediada por la socialización, valores, instrumentalización del conocimiento, relaciones de poder y jerarquía que afectan el cumplimiento del derecho a la salud de las mujeres durante el proceso de embarazo. Dentro del marco teórico, se expresó que la salud corresponde un elemento central en la vida social, sin embargo, en la actualidad, persiste la visión biomédica y gerencial que se centraliza en responder a intereses ideológicos y económicos de la clase hegemónica, Stolkiner (2010) señala que

Algunas de las propuestas actuales de reforma en salud proponen la universalización de las prestaciones médicas básicas, sin cuestionar radicalmente el modelo y el paradigma implícito. Resultan así funcionales a la “medicalización indefinida” y coherentes con la aspiración de la industria química farmacéutica de ampliar sus mercados teniendo a los Estados, aún a los pobres, como macro compradores. (p.93)

No obstante, existen concepciones que amplían el panorama de la atención en salud, por ejemplo, Betancourt (2004) manifiesta que, en medicina, se percibe como un conjunto de intervenciones y procedimientos realizado por el personal de salud en los y las usuarias para generar respuestas a problemas de salud, proporcionando cuidados, teniendo en cuenta “las necesidades, valores y preferencias de los pacientes” (p.953), visión que intenta quebrantar el paradigma biomédico conferido. Por ende, el proceso de atención en medicina constituye parte del episodio de atención en salud, que incluye razón de consulta, problemas detectados por el personal médico, que derivan en diagnósticos, procedimientos preventivos, terapéuticos, administrativos y de seguimiento (Medina y Trinidad, 2015).

Estos procesos se relacionan a la gerencia de la asistencia (cuidados, tratamientos, prevención, promoción, vigilancia y rehabilitación a la salud con bases éticas, técnicas y humanistas) desde la visión de derecho, enmarcado bajo accesibilidad, cobertura, equidad y calidad (CENDEISS, 2004). En este devenir, la atención en salud se acompaña de relaciones e interacciones sociales que según Fernández (2007) “son continuas, personales, intransferibles, y en muchos casos inevitables” (p.57) lo que enmarca el proceso y el desarrollo de situaciones que mejoran la calidad de vida de las mujeres o violentan el derecho a la salud y otros derechos durante el proceso de embarazo.

Desde el ámbito de enfermería, la atención en salud se percibe como “un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados” (Cisneros, 2002, p.1) que se compone:

-De la valoración: organización sistemática de datos y documentos provenientes de diferentes fuentes para analizar el estado de la salud de las personas solicitantes del servicio.

-El diagnóstico: refiere a la elaboración de exámenes que permitan identificar y describir el estado de salud de una persona o grupo y los factores y causas que han contribuido a dicho estado.

-Planificación y ejecución del plan: se enfatiza en el cuidado, seleccionando prioridades, resultados esperados y acciones (protocolos preestablecidos) para lograrlos y su registro, teniendo en cuenta las implicaciones legales y éticas, que se relacionan a las necesidades y derechos de las personas sujetas de atención.

-Evaluación: Se discrimina, cuantifica y califica las acciones u omisiones que se generan en los servicios de salud (Cisneros, 2002).

Desde tal perspectiva, se establece la división de trabajo (Weber, 1964), donde se genera órdenes institucionales producto de la “alta jerarquía de autoridad y de calificación laboral, organizada en pirámides formales de responsabilidad, control y vigilancia; trato impersonal entre los agentes institucionales y entre éstos y sus clientes o usuarios; la permanente rotación y sustitución de personal especializado” (Fernández, 2007, p.58).

En esta lógica, el derecho a la salud se vulnerabiliza, y en el caso de las mujeres se agudiza la afectación al encontrar un conjunto de roles y mandatos homogeneizados, que da lugar a un sistema clasificador de inclusión o exclusión en los diferentes ámbitos de la vida

en sociedad, que favorece la construcción de definiciones diferenciadas de “los usos legítimos del cuerpo, sexuales sobre todo, que tiende a excluir del universo de lo sensible y de lo factible todo lo que marca la pertenencia al otro sexo (...) para producir ese artefacto social llamado un hombre viril o una mujer femenina” (Bourdieu, 2000, p.37).

Esto enmarca un punto en la dominación de los cuerpos de las mujeres durante el proceso de embarazo en la atención a la salud, que deriva en expresiones de violencia obstétrica, las despoja de su humanidad, además de imponerles la idea de ser para los demás, lo cual fragiliza sus particularidad y necesidades. En relación con lo anterior, es importante generar políticas y servicios de atención en salud que estén transversalizados por la equidad de género, promuevan el desarrollo equitativo en la sociedad.

En el contexto costarricense, la pirámide formal de responsabilidad de la salud está conformada por el Sistema Nacional en Salud (Instituto Nacional de Seguros, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Universidades e institutos públicos y privados, Cooperativas, Municipalidades) que diseña políticas de sanidad. En él, el Ministerio de Salud es el órgano encargado de la promoción y vigilancia de la salud, y la Caja Costarricense del Seguro Social es la instancia proveedora de la mayor parte de servicios de atención en salud pública.

Los servicios que brinda la Caja Costarricense del Seguro Social se plantean en diferentes niveles de jerarquía y administración de la institución; están conformados por cinco gerencias centrales, siete sedes regiones, 29 hospitales, 25 servicios de obstetricia, 104 áreas de salud y 1040 EBAIS conformados (Caja Costarricense del Seguro Social, 2016), que configura la provisión de los procesos de atención en tres niveles:

-Primer nivel de atención: lo constituye los servicios básicos de salud, en el cual se ejecutan acciones de promoción, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad. Estas tareas están bajo la responsabilidad de los Equipos de Apoyo y de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (E.B.A.I.S.) que realizan consulta externa, medicina general en las clínicas, centros y puestos de salud, consultorios comunales, domicilios, escuelas y centros de trabajo (CENDEISSS, 2004).

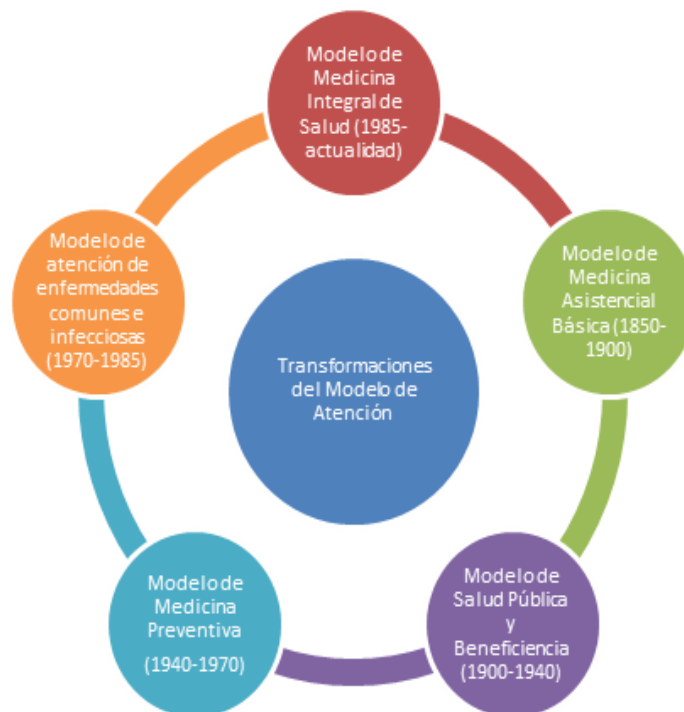
-Segundo nivel de atención: En este nivel se ubican los hospitales regionales, donde se provee apoyo al primer nivel de atención y ofrece consulta especializada, internamiento y

tratamiento médico y quirúrgico de las especialidades básicas de medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia y cirugía (CENDEISSS, 2004).

-Tercer nivel de atención: Brinda servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico, que requieren de alta tecnología, de mayor especialización, que contempla hospitales nacionales y especializados (CENDEISSS, 2004).

Esta estructuración se crea en base a las necesidades y complejidades que tienen las personas y reconoce que la atención en salud es un factor apremiante para el goce de la vida en calidad. Además, esta estructuración se interrelaciona al modelo que se genera en respuesta de las transformaciones en este campo, ajustando la atención en salud a las demandas del entorno.

Figura N° 2
Transformaciones del Modelo de Atención en Salud



Elaboración propia con base en el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). (2003). Fundamentos conceptuales y operativos del sistema nacional de salud y del modelo de atención de la salud. Curso especial de posgrado en gestión local de salud: módulo uno. Recuperado de: <http://www.cendeiss.sa.cr/posgrados/modulos/modulo1gestion.pdf>

Elaboración propia con base en Mohs Villalta, E. (1996). Políticas y Estrategias de Salud en Costa Rica. Asociación Costarricense de Pediatría. Recuperado de:<http://www.binasss.sa.cr/revistas/apc/v10n2/art8>

La matriz de atención en salud se ha visto sometida a modificaciones que responden a la realidad contextual, el primer modelo fue el de Medicina Asistencial Básica (1850-1900), que brindó una atención básica, particularmente, a las personas de escasos recursos. Entre 1900-1940, se cambió al modelo de Salud Pública y Beneficencia, también se crea el Ministerio de Salubridad y se introduce programas de salud que amplían el concepto de bienestar y beneficencia para la atención de las personas en situación de pobreza (Mohs, 1996).

Posteriormente, entre (1940-1970) se crea la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), así como se institucionaliza la Medicina Preventiva centrada en la prevención de enfermedades, se intenta establecer un sistema Nacional de Hospitales y se coloca el régimen de Enfermedad y Maternidad como parte de la estrategia de atención (Mohs, 1996). Para la década de los años setenta, el modelo se abocó al control de enfermedades comunes e infecciosas y en el tema de la desnutrición infantil, esto mediante estudios exhaustivos de la situación en salud, de los recursos (materiales, humanos) disponibles y de la integración y coordinación de los servicios existentes.

En la década de los ochenta, se da un deterioro en el modelo causado por la reducción en las inversiones y presupuesto para el financiamiento de los programas de salud, la atención del medio ambiente y la medicina curativa. Sin embargo, con el pasar de los años, la situación fue revertida y generó una reestructuración y consolidación del Sistema Nacional de Salud universal, desconcentrado y basado en programas de atención primaria con fuerte participación de la comunidad organizada (Mohs, 1996). En la actualidad, la institución trabaja bajo el modelo de atención integral (1985- actualidad) que es consecuente a las demandas de la población y del contexto.

Se fundamenta en el análisis de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, y en una atención integral y continua de las necesidades y problemas de salud individuales y orientados a la población, en las estrategias y acciones de promoción y prevención, fundamentadas en la estrategia de atención primaria. (CENDEISS, 2003, p.52)

Por eso, la visión de salud es ampliada a la promoción, prevención y atención, elementos que están articulados a las estructuras sociales, políticas y económicas que persisten

en la realidad y que son producto histórico. Este modelo presenta tres características que facilitan su aprehensión y materialización en la práctica cotidiana:

1. Amplia participación social: Esta se percibe como una participación activa y consciente, regida por derechos y deberes en espacios reales, comunitarios y democráticos, que permitan la toma de decisiones, analizar la situación en salud con el fin de gestionar y ejecutar planes, proyectos desde la promoción de la salud, prevención de enfermedades y la fiscalización y evaluación de los servicios (CENDEISS, 2003).

2. Mayor eficiencia, eficacia y calidad: Estas tres variables se relacionan entre sí, sin eficiencia y eficacia no hay calidad y, sin calidad y eficiencia, las acciones en salud no logran los resultados esperados (CENDEISS, 2003, p.54). Marín (citado en CENDEISS, 2003) afirma que el modelo de atención integral, “por sí solo, no garantiza una mayor calidad, eficacia o eficiencia de los servicios de salud; gran parte de estas cualidades tienen que ver con la capacidad de gestión institucional” (p.54).

3. Elementos organizativos y funcionales del modelo: que se relacionan con los siguientes aspectos:

a. La definición de una oferta básica (canasta de servicios), con fundamento en las necesidades prioritarias de salud, nacional y local.

b. El establecimiento de la planificación local estratégica, como eje del proceso de gestión.

c. La asignación al equipo de salud de responsabilidades bien definidas, en un espacio geográfico-poblacional claramente delimitado.

d. El escalonamiento de la oferta de servicios, según niveles de atención adecuadamente establecidos.

e. El uso obligatorio de un sistema de referencia y contrarreferencia de personas.

f. La incorporación de la comunidad al proceso de planificación, control y evaluación de los servicios.

g. La descentralización de la gestión

h. El establecimiento de instancias formales de coordinación intra e intersectorial (CENDEISSS, 2003, p.55)

Sobre la base del concepto y las características del modelo que mantiene la Caja Costarricense del Seguro Social en relación con la atención en salud de las mujeres durante el proceso de embarazo y, desde la perspectiva del enfoque de género que transversaliza la política pública en Costa Rica para reconocer las diferencias, necesidades y problemas, a fin de garantizar la participación igualitaria de los géneros en la estructura social, se presenta una oferta de servicios básicos a esta población, con especificidades que enmarcan el desarrollo psicosocial y biológico del proceso:

Figura N° 3 Oferta básica de servicios en el primer nivel de atención integral de la mujer



Fuente: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). (2003). Fundamentos conceptuales y operativos del sistema nacional de salud y del modelo de atención de la salud. *Curso especial de posgrado en gestión local de salud: módulo uno*. Recuperado de: <http://www.cendeiss.sa.cr/posgrados/modulos/modulo1gestion.pdf>

A partir de lo anterior, se vislumbra los servicios que dispone la Caja Costarricense del Seguro Social dirigidos particularmente a la atención en salud de las mujeres durante el proceso de embarazo, lo que facilita la formulación del Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, ampliando información y conocimientos referidos a las diferentes etapas constituyen este proceso

Visualiza a la mujer como dueña de su embarazo, parto y postparto y a su pareja, acompañantes y familia, como pilares fundamentales de apoyo a la mujer gestante y futura madre. El papel del personal de salud consta en brindar un abordaje integral en materia de educación perinatal a la mujer gestante, su pareja y familia, fortaleciendo sus competencias y conocimientos, para el autocuidado, salud mental y acompañamiento durante la gestación, el parto y el posparto, así como en el desarrollo del ajuste de la mujer, familia y neonato, durante el período perinatal, disminuyendo así sus temores, ansiedades y dudas con respecto a esta etapa de la vida que involucra a toda la familia y modifica de una manera directa la dinámica familiar. (Caja Costarricense de Seguro Social, 2014, p.11)

Esto constata los esfuerzos realizados en el país por registrar servicios oportunos de atención del proceso de embarazo, situando a las mujeres como sujetas de derechos y responsabilidades, que deben ser advertidas por el personal de salud, confiriendo servicios profesionales, respetuosos y equitativos que responda a las necesidades de estas. En este sentido, la atención en salud debe forjarse “desde esta noción de derechos y autonomías implicaría tener en cuenta aspectos culturales, sociales, psicológicos, afectivos, así como biológicos de las mujeres” (Magnone, 2011, p.13).

Es así que, en la administración de atención de la salud de las mujeres, pero en específico, en el proceso de embarazo el abordaje requiere ser integral, donde existan servicios de atención accesibles y de calidad, que el personal de salud esté capacitado y traten con dignidad a las usuarias. Todo con el fin de evitar casos de violencia obstétrica, pues repercuten directamente en las mujeres generando consecuencias físicas, emocionales, psicológicas, simbólicas e incluso la muerte.

Violencia obstétrica

La violencia a lo largo de la historia se ha asentado en diferentes contextos socioeconómicos y culturales, Sagot (1995) enuncia que “el uso de la violencia constituye una de las formas predominantes y generalizadas que ayudan al ejercicio de esa autoridad” (p.19).

La Organización Mundial de la Salud (2002) 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. (p.5)

Esta definición engloba manifestaciones en general, sin embargo, está provista de especificidades que determinan tipos de violencia en las que se entretajan la pertenencia o no a un sector de la población o grupo social. Las mujeres constituyen un referente de esta situación, pues, en su diversidad, se ven expuestas a la vulnerabilización y violación de los derechos, realidad que trastoca el proceso de embarazo, al facultarse la reproducción de la violencia obstétrica.

El abordaje de la violencia obstétrica es reciente, pese que este tipo de violencia transversaliza la historia femenina; algunas de las aproximaciones existentes en el contexto actual trazan líneas que relacionan este tipo de violencia a la gestión o no de las instituciones de salud y a lo operacionalizado u omitido por los servicios de atención de las mujeres durante el proceso de embarazo, en el caso particular de Medina (2009) menciona que la violencia obstétrica corresponde a

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

Esto es posible tras la reproducción de discursos y valores androcéntricos en la atención en salud obstétrica, que favorecen el dominio, la irrupción y limitación de procesos naturales como la sexualidad, menstruación, embarazo y lactancia, propiciando el control de los cuerpos y la vida femenina.

Vallana (2016) vislumbra que la violencia obstétrica es “en un tipo de violencia doble: aquella que se ejerce sobre las mujeres por su relación de subordinación en base al género y la que se deriva del saber poder del acto médico e institucional” (p.37), la cual privilegia la instrumentalidad ante sentimientos, necesidades o conocimientos e invisibiliza el papel de las mujeres y del proceso de embarazo en la historia y la constitución de la sociedad.

A la vez, Arguedas (2014) expone que este tipo de violencia está interceptado por el poder obstétrico que actúa como “mecanismo de control y opresión, derivado del ejercicio de este tipo específico de poder. Este constituye una forma de poder disciplinario –en esto seguimos a Foucault– que produce cuerpos sexuados y dóciles” (p.147), naturaliza la violencia y apremia su reproducción. La prevalencia del poder obstétrico en la atención de las mujeres durante el proceso de embarazo en los centros de salud es posible, según Magnone (2011) a la

existencia de “sistemas de poder jerárquicos de género y de salud, respectiva e interconectadamente” (p.3) que configuran la violencia de género y la violencia institucional que median en la violencia obstétrica.

Esta situación deriva en consecuencias en el cuerpo y la vida de las mujeres, al respecto Villegas (2009) refiere

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trae consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (p. 134)

Asimismo, el Grupo de Información de Reproducción Elegida, GIRE (2013) constata que la violencia obstétrica representa una forma específica de violación a los derechos sexuales y a la salud reproductiva de las mujeres, que incluye derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integralidad, a la salud y a la autonomía reproductiva, que genera consecuencias en los ámbitos sexuales, reproductivos, psicológicos, físicos, sociales y económicos de las mujeres.

En otras palabras, la violencia obstétrica es un tipo específico de violencia en contra de las mujeres inscrito dentro del ámbito de la salud, el cual violenta de forma parcial o total los derechos humanos (autonomía, toma de decisiones, acceso a la información, intimidad, salud, sexuales y reproductivos) durante el proceso de embarazo. Este genera consecuencias físicas, biológicas, psicológicas, sociales y económicas en las mujeres a corto, mediano y largo plazo.

La anterior descripción facilita subcategorías de análisis: patriarcado, relaciones de poder, violencia simbólica, institucional, física y psicológica que permitieron explicar y comprender en las experiencias de las mujeres, necesidades de construcción de política, la generación de servicios integrales que retomen las particularidades del proceso y la violación de los derechos inherentes a su condición de seres humanas. Así como ampliar y adentrarse en el campo, para generar aportes a la comprensión del papel de las mujeres en la construcción de la sociedad, desde un visión ampliada de los derechos, de apropiación de los cuerpos, de saberes, intereses, diferencias, características y deseos que subyacen en la población femenina.

Patriarcado

La constitución de la sociedad refiere a modelos sociales, económicos, ideológicos y culturales como el patriarcado que transversaliza la vida de las personas y determina situaciones e ideas en la vida en sociedad. A través de este sistema se configura la opresión, la desigualdad e inequidad entre hombres y mujeres, Hartmann (1975) define el patriarcado como un “conjunto de relaciones sociales entre los hombres que tiene una base material y que si bien son jerárquicas establecen o crean una interdependencia y solidaridad entre hombres que le permiten dominar a las mujeres” (p. 12).

Bajo esta premisa, se origina estereotipos y roles de género, que condiciona el desarrollo de identidades y de sus expresiones

En todas las culturas conocidas, el género es una de las principales categorías para la organización de las relaciones sociales. Las diferencias que se observan entre las mujeres y hombres de una determinada sociedad pueden atribuirse en gran medida a los patrones culturales derivados de las relaciones de género. Es decir, la masculinidad y la femineidad son expectativas construidas socialmente y no categorías determinadas por la condición biológica. (Sagot, 1995, p.17)

Este sistema de dominación existe desde épocas antiguas, su permanencia en el tiempo es producto de la adaptabilidad y facilidad de entretenerse a otras estructuras sociales, que contribuyen y regulan todos los ámbitos de la vida humana a través de espacios de poder, invalidando lo femenino

La universalidad de la subordinación femenina, el hecho de que exista y que involucre los ámbitos de la sexualidad, la afectividad, la economía y la política en todas las sociedades, independientemente de sus grados de complejidad, da cuenta de que estamos ante algo muy profundo, e históricamente muy enraizado, algo que no podremos erradicar con un simple reacomodo de algunos roles en lo sexual o social, ni siquiera con reorganizar por completo las estructuras económicas y políticas. Instituciones como la familia, el Estado, la educación, las religiones, las ciencias y el derecho han servido para mantener y reproducir el estatus inferior de las mujeres. (Facio y Fries, 1999, p.2)

De este modo, la ideología androcéntrica-misógina genera sistemas sociales, económicos y culturales que origina y reproducen violencia “dejando huellas imborrables y difíciles de superar” (Maldonado, 2009, p.12) en la sociedad. Las mujeres, durante el proceso de embarazo, se ven trastocadas a esta realidad debido a la persistencia de patrones, normas y

mandatos sociales “aprendizajes de las formas de actuar que las sociedades esperan que asuman mujeres y hombres” (Fernández, 2008, p.2) que se aprenden a través de la socialización, se expresan en la vida de las personas, en la labor diaria de las instituciones y servicios de salud, entrelazando el patriarcado, también en sus manifestaciones a la violencia obstétrica que se suscita en la atención.

Esto se refiere principalmente a que el modelo androcéntrico monopoliza y legitima la violencia y el poder en los hombres, confiriendo lo masculino sustancialmente superior a las mujeres (Lagarde, 1995). De tal forma, se concibe el patriarcado como el conjunto de relaciones estructurales basadas en el sexo/género, que desdibuja el papel de las mujeres en la sociedad, origina estereotipos-roles que deforman la realidad y propician el control de las particularidades que enmarcan su cotidianidad.

Dicha idea precisa acciones de parte del Estado, las instituciones y la sociedad, que destituyan lo implantado, visibilicen la violencia obstétrica como parte del poder patriarcal, que profundiza las desigualdades e inequidades entre los géneros, a fin de generar acciones que permitan a las mujeres reconocerse como sujetas históricas, gozar de libertad, disfrutar de sus particularidades y legitimar sus saberes para el crecimiento humano.

Relaciones de poder en la violencia obstétrica

En el abordaje de las expresiones del derecho a la salud de las mujeres durante el proceso de embarazo, es necesario comprender la relación existente entre el poder y la violencia, según Arendt (1970), pese a que estos resultan ser diferentes, “normalmente aparecen juntos. Siempre que se combinan, el poder es el factor primario y predominante” (p. 72). El enunciado muestra que el poder, sin importar que no es inherente a la violencia, puede hacer uso de esta para persistir, desde la óptica es fundamental entender el poder, según Foucault (1977) este refiere a

La multiplicidad de las relaciones de fuerzas inmanentes y propias del dominio en que se ejercen, y que son constitutivas de su organización; el juego que por medio de luchas y enfrentamientos incesantes las transforma, las refuerza, las invierte; los apoyos que dichas relaciones de fuerza encuentran las unas en las otras, de modo que formen cadena o sistema, o al contrario, los corrimientos, las contradicciones que aíslan a unas con las otras; las estrategias por último, que las tornan efectivas, y cuyo dibujo general o cristalización institucional toma forma en los aparatos estatales en la formulación de ley, en las hegemonías sociales. (p.55)

El poder se circunscribe en diversos ámbitos de la vida social, a través de los enfrentamientos de las partes que lo perpetúan, entrecruzado por elementos que lo fortalecen y le designa la condición omnipresente que deforma la realidad y que se transfiere en la atención de la salud de las mujeres durante el proceso de embarazo.

Baró (2003) explica que “la configuración de situaciones de poder, real o simbólico, es una de las fuentes principales de la violencia social” (p. 413). En dicha configuración, se entranan diferentes concepciones de sujeta/sujeto, la socialización, ideologías, el reconocimiento o no de las personas, relaciones sociales y expresiones de diferentes tipos de violencias entre estas la violencia obstétrica.

Esto es posible tras estructuras y relaciones de poder que comprenden “un conjunto de acciones sobre acciones posibles; opera sobre el campo de posibilidad o se inscribe en el comportamiento de los sujetos actuantes” (Foucault, 1988, p.15) generando a las personas, según la posición en la que se encuentre, facilidades o dificultades, y en configuraciones extremas prohibiciones absolutas.

Lo antes mencionado, muestra que todas las personas son capaces de ejercer algún grado de poder en el contexto cotidiano, entre estas las mujeres embarazadas, sin embargo, en la dinámica de los servicios de salud las condiciones de atención están transversalizadas por la razón instrumental y saberes hegemónicamente establecidos, con los que se ejercen el dominio en el cuerpo de las mujeres y su situación inmediata. Bajo esta concepción se origina y desarrolla el poder obstétrico definido por Arguedas (2014) como

Esa forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y, por lo tanto, se ejerce en un territorio género-específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir. La microfísica del poder que se hace presente en este ejercicio produce unos cuerpos dóciles y sexuados; son los cuerpos que, en la estructura social del patriarcado, requieren de un disciplinamiento particular para encauzar la economía de la reproducción, para lo cual ese poder obstétrico dispone de ciertas tecnologías disciplinarias. (p. 156)

En la realidad social, esa idea se une a dispositivos heterogéneos (ideologías, instituciones, leyes, enunciados) creados para “ordenar o relacionar los discursos filosóficos, religiosos, morales, científicos y sus expresiones prácticas (los tratados económicos a la pastoral cristiana, documentos, tratados de obstetricia, entre otros) como prácticas y costumbres” (Piedra, 2004, p.138) que favorecen la opresión de los cuerpos y de la vida de las

mujeres en los procesos de gestación, trabajo de parto, parto y postparto en los servicios de salud.

A la vez, Scott (1990) plantea cuatro dimensiones que explican el poder y lo vinculan al género y a la violencia obstétrica, la primera de estas, es la simbólica, que refiere a los mitos generados en torno a las representaciones diversas de la diferencia sexual, la segunda, refiere a la normativa que expresa las interpretaciones de los significados de estos símbolos. Conjuntamente, se determina la dimensión sistemática de las instituciones, que define qué es, qué debe hacer y qué se espera socialmente de cada género, excluyendo otras visiones y modos de vida. La cuarta dimensión, consiste en el elemento subjetivo que apunta a las identidades de los hombres y las mujeres reales, que no satisfacen necesariamente las prescripciones de la sociedad.

En la complejidad de la sociedad estas nociones se asocian a la socialización humana que se representa en el quehacer del personal de salud, que naturaliza y posibilita expresiones de violencia obstétrica en la producción social, por ende, la aprehensión teórica de las relaciones de poder permitió extrapolar la realidad de las mujeres durante el proceso de embarazo con las acciones que propone el Estado costarricense para asegurar el derecho a la salud.

Violencia Simbólica

En las aproximaciones existentes de la violencia obstétrica, se identifica expresiones de violencia simbólica, las cuales reproducen la dominación y sujeción del cuerpo y de la vida de las mujeres por el patriarcado y los sistemas de poder. Bourdieu (1998) plantea que la violencia simbólica es

(...) la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador (por consiguiente, a la dominación) cuando no dispone, para imaginarla o para imaginarse a sí mismo o, mejor dicho, para imaginar la relación que tiene con él, de otro instrumento de conocimiento que aquel que comparte con el dominador y que, al no ser más que la forma asimilada de la relación de dominación, hacen que esa relación parezca natural. (p.29)

Tal idea plantea desigualdades que se desdibujan ante la opresión, que restringen la reflexión e imposibilitan acciones que confronten y pongan alto a la violencia. Esto se debe, principalmente, que el poder simbólico que reside en esta relación es “invisible que no puede

ejercerse sino con la complicidad de los que no quieren saber que lo sufren o que lo ejercen” (Bourdieu, 1977, p.65), mismo que transforma la visión del mundo y alcanza “el equivalente de lo que es obtenido por la fuerza (física o económica) gracias al efecto específico de movilización, no se ejerce sino él es reconocido, es decir, desconocido como arbitrario” (Bourdieu, 1977, p.68).

A través de las manifestaciones de violencia simbólica, se imprimen significados intangibles que modifican, legitiman y organizan los sistemas simbólicos, así como extendían ideas androcéntricas de subordinación en la realidad social. Ahí, se circunscribe la atención en salud de las mujeres durante el proceso de embarazo, que minimiza o excluye las necesidades subyacentes en este. Asimismo, la reproducción de la violencia simbólica, se entrelaza a otras expresiones de violencia (institucional, física y psicológica) que exponen a las mujeres al deterioro de su situación y de la calidad de vida

En muchos de los países de la región, persiste una tendencia a minimizar los daños causados a las mujeres y a definir la conducta de los agresores como una falta menor, o a proponer el tratamiento psicológico como una pena alternativa. Estas prácticas y concepciones institucionales ponen a las mujeres en una situación de gran desventaja frente a los proveedores de los servicios, lo que fomenta la impunidad y su revictimización por medio de la indiferencia, la trivialización, los cuestionamientos y hasta la burla de la que muchas veces son objeto. (Sagot, 2008, pp.44-45)

Esto constata la necesidad de continuar el camino de análisis que profundice en las desigualdades persistentes, a fin de evidenciar su existencia y generar patrones que modifiquen esta realidad y constituya una sociedad justa y solidaria.

Violencia Institucional

La primera forma de prevención establecida por la Convención Belem do Pará refiere a que el Estado, sus instituciones como funcionarios y funcionarias, no ejerzan violencia contra la mujer (artículo 7 a). No obstante, este es un ordenamiento poco recordado, por el hecho de que la violencia institucional aún permanece invisible y justificada en los diferentes ámbitos (salud, educación, economía, atención psicosocial) en que se generan (Carcedo, 2002). La Comisión de Derechos Humanos en México (2014) comprende la violencia institucional como:

(...) los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al

disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia. (p.21)

En este sentido, la violencia institucional se enmarca como una forma de violencia contra las mujeres las cuales históricamente han sido violentadas por la reproducción del sistema patriarcal, conductas misóginas, mitos y valores que fortalecen la construcción de roles sociales, siendo perpetradas por funcionarios (as) públicos, concretándose en acciones u incumplimientos en el servicio que brindan, lo cual puede incidir en el desarrollo y bienestar integral de la población femenina.

Por su parte, las investigaciones de Bispo y Souza (2007), el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en México (2009) y Tagle (2015), analizan y retoman la violencia institucional que se origina en los centros de salud y la definen como una forma específica de abuso y de prácticas autoritarias que las instituciones públicas ejercen hacia las mujeres, transgrediendo así sus derechos entre ellos el de la salud. Por ello, la violencia institucional se suscita en los servicios de salud por medio de relaciones de poder y control, que manifiesta el personal de salud contra las usuarias poniéndolas en una posición subalterna.

Es en dicha situación donde los centros de salud van a ser un espacio propicio para el desarrollo de la violencia institucional, pues en el mismo se presentan estructuras jerarquizadas que refuerzan la génesis y reproducción de este tipo de violencia, que como se mencionó anteriormente puede afectar a la población femenina en general y particularmente en la atención del proceso de embarazo.

La violencia institucional se evidencia en el proceso de embarazo en cuanto a la falta de recursos económicos, infraestructura y de personal en los centros de salud, pero a la vez se expresa en una atención “poco ética e irrespetuosa de los profesionales, la utilización indiscriminada de la amniotomía, episiotomía, oxitocina sintética (...), indicación de cesáreas innecesarias y la utilización de palabras y expresiones irónicas dirigidas a la mujer” (Cassiano et al, 2016, p.453).

A raíz del predominio de omisiones, acciones, prácticas, tratos deshumanizados e irrespeto en cuanto al cuerpo y decisiones de la mujer por parte del personal de salud, el abuso de la medicalización y la patologización de un proceso natural como el embarazo, se da paso a la concreción de la violencia obstétrica, la cual está transversalizada por la violencia institucional.

Cuando una persona ingresa a un hospital público, simbólicamente pasa a ser un/a paciente. Pasa a ser un cuerpo que necesita cuidados y es medicado e intervenido. Pasa a ser un/a individuo/a al que se aparta de los vínculos sociales que lo sostienen. Pasa a subordinarse de manera obediente a las normas institucionales y a las/los profesionales que la asisten. Deja de tener autonomía sobre sí misma, sobre la posibilidad de tomar decisiones, porque los conocimientos no le pertenecen. Ya no puede retirarse sin la firma de un alta. Cuando una persona ingresa a un hospital público, es enajenada. (Canevari, 2011, p.15)

Por tanto, la violencia obstétrica e institucional vulnerabiliza la dignidad y la integralidad de las mujeres en el proceso de embarazo al ser consideradas por la institucionalidad y por el personal como un objeto desprovisto de necesidades, demandas y derechos, lo cual incide a que se generen diferentes tipos de violencia como la psicológica y la física.

Violencia Psicológica

La violencia obstétrica refiere a un conjunto de comportamientos y prácticas “que degrada, oprime e intimida a las mujeres” (Arguedas, 2014, p.146) de distintas maneras en la atención del proceso de embarazo. Entre las formas que se expresa la violencia obstétrica esta la violencia psicológica, que infringe el personal de salud hacia las mujeres en la atención del embarazo, parto, trabajo de parto y posparto manifestándose “a través de muestras de insensibilidad frente al dolor de la mujer, manteniendo silencio frente a sus preguntas, a través de la infantilización de la parturienta” (Belli, 2013, p.32).

De esta manera, se llega a invalidar los sentimientos y las opiniones de las mujeres, tratándolas de un modo paternalistas, en el que no se le permite tomar sus propias decisiones en cuanto al proceso de embarazo, lo cual llega a invisibilizar sus necesidades y requerimientos. Por su parte, Medina (2009) argumenta que la violencia psicológica “comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales” (p.4).

En consecuencia, se llega a violentar el derecho a la salud y a la información, siendo responsabilidad de las y los profesionales informar con constancia sobre la condición de salud del binomio, y que además le soliciten un consentimiento informado a la mujer para suministrarle un medicamento o realizarle algún procedimiento.

Medina (2009) puntualiza que la violencia psicológica “incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, (...), cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica, obstétrica” (p.4). A la vez, Belli (2013) señala como agresión verbal “los comentarios humillantes del tipo “Si te gustó aguantátela” (haciendo referencia a los dolores de parto que aparentemente la mujer debería soportar por haber sentido placer al momento del acto sexual)” (Belli, 2013, p.32).

Este tipo de comportamientos y expresiones están transversalizados por discursos de poder, control y valores patriarcales que desvalorizan y transgreden la autoestima, la integridad y dignidad de las mujeres embarazadas y en posparto. Por lo que la violencia psicológica resulta ser un soporte en el que se apoya la persona agresora para conseguir el control total de la víctima, imponiendo así su poder y autoridad, produciéndole a la mujer una “permanente situación de indefensión aprendida, que propicia que la mujer valore la necesidad de permanecer sumisa e inmóvil frente al agresor, como única forma de escapar al castigo” (Hernández, Magro y Cuellar, 2014, p.34).

En relación con lo anterior, se evidencia cómo este tipo de violencia causa en la víctima sentimientos de culpa e desprotección, en el cual muchas veces prefieren no hacer visible la agresión psicológica que vivieron, por miedo a que nadie les crea, a sufrir represalias, una mala praxis o que se aumente el nivel de violencia contra ellas.

Esto demanda del Estado y de la sociedad en general visibilizar la violencia psicológica, que está afectando a gran parte de la población femenina durante el proceso de embarazo. A la vez, es importante que se creen mecanismos que sancionen a los y las funcionarias que la ejercen, pues están violentando los derechos de las mujeres (información, confidencialidad, libertad, salud, salud sexual y reproductiva) y su bienestar psicológico y emocional. De igual forma, se generan otros tipos de violencia que implican sufrimiento como la violencia física que también se desarrolla en los centros de salud durante la atención del proceso de embarazo.

Violencia Física

La violencia obstétrica es un fenómeno que se sustenta en el sistema patriarcal, ideologías misóginas y relaciones de poder, que convergen en los centros de salud, para subordinar y discriminar a las mujeres.

Identificar la violencia (...) al interior de las prácticas institucionales de salud, (...) permite deducir que efectivamente ésta es una problemática inherente e

incorporada en el quehacer diario de las instituciones hospitalarias; enraizadas dichas prácticas en los saberes médicos hegemónicos como superiores y portadores de por sí, de poder, sin cuestionamiento ninguno, masculinizadas, naturalizadas en el ejercicio cotidiano mediante rutinas, actitudes, lenguaje y manejo de este saber, mismo que está legitimado por la institución desde la organización misma de los servicios, las funciones de cuidado, atención e instrucción (...) y desde las intervenciones y diagnóstico. (Fernández, 2007, p.74)

En este sentido, se denota una serie de prácticas realizadas por el personal de salud que están legitimadas socialmente, pues se privilegia los saberes y decisiones médicas antes de las necesidades de las mujeres, lo cual puede llegar a concretarse en diversas formas de violencia como la física.

La violencia física es definida por la Ley de Protección Integral de las Mujeres (2009) como la acción que “se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física” (p.2) provocando o no “lesiones internas, externas o ambas” (Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, 2007, párr. 47). Es decir, este tipo de violencia comprende cualquier clase de agresión física que se manifieste por medio de golpes, hematomas, heridas, quemaduras o alguna acción que cause perjuicio en el cuerpo de la mujer (Terán, Castellanos, González y Ramos, 2013) siendo esto una forma de coaccionar y violentar los derechos humanos de las mujeres.

En el caso de la violencia obstétrica física, se puede manifestar a partir de prácticas invasivas y dolorosas, como el tacto vaginal reiterativo y realizado por diferentes personas, la dilatación manual del cuello del útero, ruptura artificial de membranas, maniobra de Kristeller, uso de estimulantes uterinos, la episiotomía y cesárea (Canevari, 2011). Relacionado con esto, la Organización Mundial de la Salud (1985) manifiesta que tales procedimientos no se deben considerar prácticas de rutina, sino que deben efectuarse en casos calificados cuando sea mayor el beneficio que el riesgo para el binomio.

Cruz, Jaurés, Leiva, Ruíz y Troncoso (2015), determinan que actualmente en los centros de salud se realizan intervenciones de “medicina defensiva” (...) que no necesariamente van en favor” (p.3) de las usuarias, sino en proteger la labor realizado por el personal.

Esto significa la implementación de técnicas dañinas y de poca evidencia científica que respalde su efectividad, como es el uso de la técnica Kristeller -que puede provocar lesiones

físicas en el neonato- asimismo, la cesárea- que podría afectar la obtención natural digestiva por parte del recién nacido y el piso pélvico de la mujer- (Cruz et al, 2015) y, por último, el obligar a la gestante a parir en posición litotómica donde “la actividad contráctil uterina tiende a ser más débil y menos frecuente al no estar favorecida por la fuerza de la gravedad” (Quevedo, 2012, pp. 90-91) lo que dificulta así la expulsión del feto, pero facilita una posición más cómoda para el médico/ médica o enfermero/enfermera.

Por su parte, Medina (2009) argumenta que la violencia obstétrica física comprende “el suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico” (p.4). De esta manera, la violencia física abarca el abuso de la medicalización, en el que se manifiesta principalmente en la etapa de trabajo de parto y parto con la colocación de la vía intravenosa y oxitocina sintética por rutina, que generalmente lo que busca es acelerar las contracciones en el trabajo de parto, afectando así el ciclo natural y biológico del proceso de embarazo.

En ese sentido, se evidencia que, con la aplicación de medicamentos y procedimientos innecesarios, sin el debido consentimiento de la mujer, se llega a controlar el cuerpo y las decisiones de la gestante propiciando así violencia obstétrica y la desvaloración de la integralidad, autonomía e intimidad de la población femenina. Dicha experiencia implica la generación un cambio en el paradigma biomédico y del poder obstétrico y simbólico que está inserto en los centros de salud, pues de esa manera se podrá cambiar las estructuras que producen la desigualdad y los diferentes tipos de violencia que se desarrollan durante la atención del proceso de embarazo.

Estrategia Metodológica

En este apartado, se presenta la metodología que vislumbra, desde el método cualitativo, las expresiones del derecho a la salud en atención pública a mujeres durante el proceso de embarazo en su vinculación con la violencia obstétrica. Esta forma de abordaje se centra “en la comprensión de una realidad considerada desde sus aspectos particulares como fruto de un proceso histórico de construcción y vista a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas, es decir desde una perspectiva interna (subjetiva)” (Quintana, 2006, p. 48).

La metodología cualitativa permite profundizar en los datos, la dispersión, la riqueza interpretativa, la contextualización del ambiente o entorno, los detalles y las experiencias únicas desde un punto de vista flexible, “fresco, natural y holístico” de los fenómenos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

En esa línea, la investigación buscó irrumpir en la lógica androcéntrica, a partir de una mirada crítica y minuciosa, que desarticule los análisis parciales y distorsionados de la realidad que viven las mujeres durante el proceso de embarazo “los cambios habidos en las prácticas sociales, reproductivas y sexuales, y en el ejercicio de la maternidad, han dado forma al Estado, a la economía y a las demás instituciones públicas” (Harding, 1987, p.16).

De manera que la intencionalidad de la investigación fue visibilizar las determinaciones contextuales del objeto de estudio, a fin de legitimar la lucha femenina, reposicionar la historia anulada, los derechos consignados y la trascendencia del embarazo como un proceso social.

Reconocer la importancia de las experiencias femeninas como recurso para el análisis social tiene implicaciones evidentes para la estructuración de las instituciones sociales, de la educación, de los laboratorios, las publicaciones, la difusión cultural y el establecimiento de agencias de servicio; en suma, para la estructuración de la vida social en su totalidad. Por ello, debe enfatizarse que son las mujeres quienes deben revelar por vez primera cuáles son y han sido las experiencias femeninas. (Harding, 1987, p.6)

Por esta razón se consolida una ruta investigativa, que se apoyó en los aportes de Hernández et al. (2010) trazando cuatro fases de trabajo que mantienen su esencia integradora de la situación de las mujeres en el proceso de embarazo.

Ruta investigativa

La investigación se generó a partir de fases que se interrelacionan, debido a que “el proceso cualitativo no es lineal, sino iterativo o recurrente, las supuestas etapas en realidad son

acciones para adentrarnos más en el problema de investigación y la tarea de recolectar y analizar datos es permanente” (Hernández et al., 2010, p.362) para profundizar y enriquecer en el análisis, por tanto, no corresponde a un proceso secuencial ni mecánico.

Figura N° 4 Fases del Proceso de la Investigación Cualitativa



Fuente: Elaboración propia con base en Hernández et al, (2010). Metodología de la Investigación.

I Fase: Construcción del diseño

La construcción del diseño según Hernández et al, (2010) “refiere al “abordaje” general que habremos de utilizar (...) va surgiendo desde el planteamiento del problema hasta la inmersión inicial y el trabajo de campo y, desde luego, va sufriendo modificaciones, aun cuando es más bien una forma de enfocar el fenómeno de interés” (p.492), por ende, esta fase requirió un análisis previo y la recolección de información que fue ahondada en el transcurso de la investigación.

El interés y selección del tema se relaciona a la coyuntura presentada por medios de comunicación nacional de forma breve y aislada de denuncias que suscitaban manifestaciones de violencia generadas en contra de las mujeres al momento del parto, precisando un abordaje

amplio que reconozca las ideas que se circunscriben en el derecho a la salud de las mujeres y la reproducción y consecuencias de violencia obstétrica.

De esta manera, se desarrolló el estado del arte que permitió identificar vacíos existentes en esta materia, su constitución está referida en la revisión y el análisis de artículos, tesis, libros, medios de comunicación (internet, periódicos, televisión), videos, y consultas a profesionales de instituciones de diversa índole (Defensoría de la Mujer, Instituto Nacional de las Mujeres, Asamblea Legislativa, Área de Construcción de Identidades y Proyectos de Vida del INAMU, Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica y el Juzgado de Familia de Desamparados) para clarificar y delimitar el tema.

Este proceso permitió estructurar el diseño de la investigación, la justificación, el objeto, problema, objetivos, marco teórico, referente metodológico y el plan de trabajo para la distribución de tareas y tiempos que dilucidaron el camino de la investigación. Asimismo, se contactó y estableció relaciones con organizaciones de la sociedad civil (Mamasol, la Liga de la Leche, y la Agenda Cantonal Desamparadeña (ACAMUDE)) que trabajan y luchan por los derechos de las mujeres; se solicitó apoyo y colaboración a fin de realizar la convocatoria de la población sujeta de investigación, tomando en cuenta las consideraciones de Hernández et al, (2010)

La primera tarea es explorar el contexto que se seleccionó inicialmente. Lo que significa visitarlo y evaluarlo para cerciorarnos que es el adecuado. Incluso, para considerar nuestra relación con el ambiente por medio de una serie de reflexiones y resolver cualquier situación que pueda entorpecer el estudio. (p.371)

A través del enlace con las organizaciones y de las propuestas del Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica, se elaboró un Plan de Contingencia para la atención inmediata de mujeres sujetas del TFG ³, que tuvo como objetivo facilitar primeros auxilios psicológicos a las sujetas de investigación, en situaciones que suscitaron crisis ante el abordaje planteado en las entrevistas a las mujeres, con el propósito de resguardar su seguridad física y emocional durante el proceso de investigación.

La metodología cualitativa facilitó el posicionamiento de las investigadoras con respecto a las acciones del Estado, de los servicios de salud, el personal de salud y experiencias

³ Ver Anexo N°3

de las mujeres, a través de un sustento teórico/práctico que fortaleció el conocimiento con respecto a las expresiones de la violencia obstétrica en la atención de la salud pública.

Tipo de Estudio

El tipo de estudio fue exploratorio, esto se precisa a partir del estado del arte que evidencio pocas investigaciones que relacionen el derecho a la salud y la violencia obstétrica como parte de los tipos de violencia contra las mujeres.

Las investigaciones exploratorias se caracterizan por abordar un problema no estudiado o poco explicado, creando dudas que favorecen “una investigación más completa en un contexto en particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos y variables promisorias o surgir afirmaciones o postulados” (Hernández et al, 2010, p.79), constituyéndose en un insumo para la profesión, optimizando respuestas ante la dinámica social, creando nuevas áreas de trabajo que no son característicos de Trabajo Social, y que constituyen líneas de investigación para futuros proyectos relacionados al tema de los derechos y la violencia obstétrica.

Población

A partir de la relación establecida con las organizaciones de la sociedad civil: MAMASOL, Agenda Cantonal de Mujeres Desamparadeñas (ACAMUDE) y la Liga de Leche, se solicitó a las coordinadoras proponer mujeres del ámbito de su intervención considerando los siguientes criterios:

- Mujeres que hayan vivenciado el proceso de embarazo hace mínimo dos meses y un año como máximo, para recuperar información que permitió comprender y visibilizar, desde una visión amplia, las expresiones del derecho a la salud y su vinculación con la violencia obstétrica.
- Mujeres entre 18 años y 40 años, que recibieron atención en centros de salud pública⁴.

⁴ No se retomaron mujeres menores de edad, principalmente se debe a la vulnerabilidad que podían presentar, por los principios bioéticos de la investigación y la obtención de permisos de padres, madres, encargadas, encargados u instituciones (PANI) que conllevan una espera larga, lo que atrasaría el desarrollo del estudio.

- Voluntarias independientemente de su situación migratoria, nacionalidad ⁵, religión, grado académico, posición ideológica, política y clase social.
- Firmar el consentimiento informado.
- Estar en la disponibilidad para realizar la entrevista.

De esta manera, se concretó las entrevistas con 11 mujeres que dieron su aporte voluntario, las edades comprendían entre los 19 años y 37 años de edad, con diferentes niveles de escolaridad (bachillerato de secundaria, licenciatura, maestría, doctorado), 10 de ellas habitantes del Valle Central y una de Quepos- Puntarenas, con uno, dos o tres hijos/hijas, solteras, en unión libre y/o casadas.

Delimitación espacial y temporal

La delimitación espacial es producto de la convocatoria realizada por las organizaciones Mamasol, ACAMUDE y La Liga de la Leche a la que acuden mujeres de los cantones de Desamparados, Cartago, Tres Ríos, Coronado, Santa Bárbara de Heredia, Naranjo, Moravia, Aserri y Quepos.

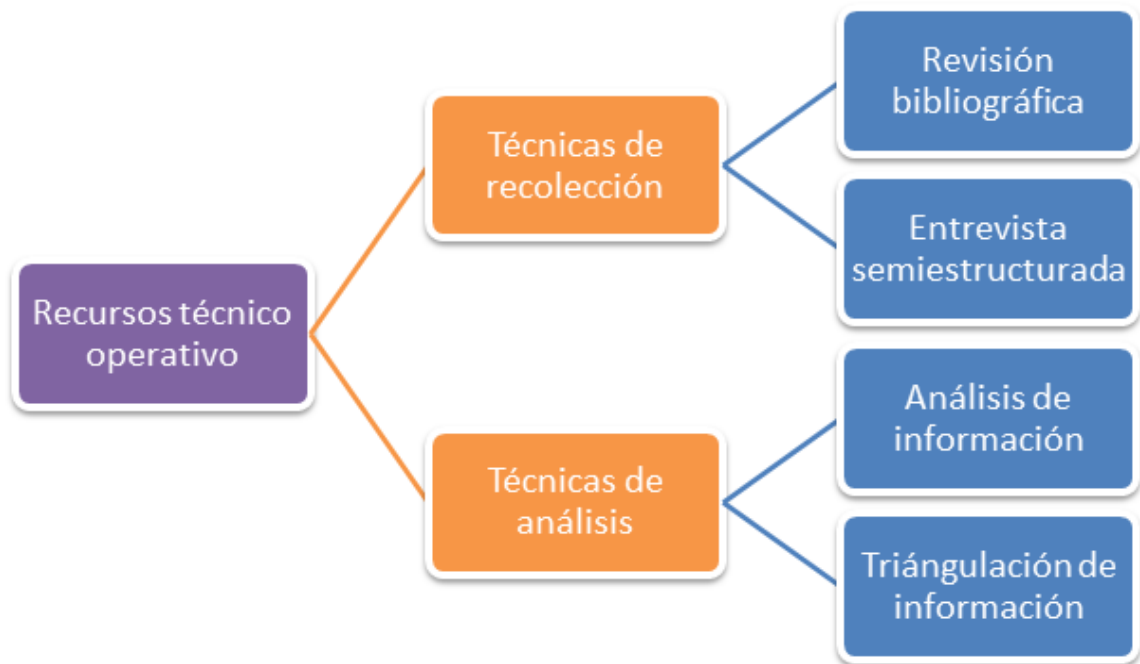
El tiempo corresponde al período comprendido entre enero de 2016 y noviembre del 2017 en el que se modificó el diseño aprobado, se concretó el trabajo de campo (enero-mayo 2017), se ordenó y estableció el análisis de la información recabada, determinando las conclusiones/ recomendaciones y la presentación de resultados.

Técnico operativo

Los procesos investigativos requieren la selección de técnicas “de éstas depende el éxito y la validez de sus resultados” (Quirós, 2003, p.70). En este caso en particular se definió y estructuró como parte de los recursos técnico operativos: técnicas de recolección y análisis de información, que faciliten su interpretación y propicien una mayor aprehensión del tema.

⁵ En el caso de que existan barreras de idiomas que limiten la comunicación entre las investigadoras y las participantes se prescinde de su colaboración, pues no se tiene ni el conocimiento ni los recursos (humanos, económicos) para llevar a cabo la entrevista semiestructurada.

Figura N° 5 Recursos Técnicos Operativos



Fuente: Elaboración propia, 2017.

a) Técnicas de recolección de información⁶

En la construcción del diseño para la investigación, fue importante tener claridad en cómo se captaría la información, por ende, la selección de las técnicas es fundamental para generar un proceso semiestructurado y flexible que responda al contexto.

Según Hernández et al (2010)

La acción esencial consiste en que recibimos datos no estructurados, a los cuales nosotros les damos estructura. Los datos son muy variados, pero en esencia consisten en narraciones de los participantes: a) visuales (fotografías, videos, pinturas, entre otros), b) auditivas (grabaciones), c) textos escritos (documentos, cartas, etc.) y d) expresiones verbales y no verbales. (p.439)

Revisión Bibliográfica:

Una revisión bibliográfica es un proceso estructurado que supone hacer una:

Investigación documental, condensar un volumen considerable de información procedente de fuentes diversas –y en ocasiones divergentes– establecer relaciones intertextuales, comparar las diferentes posturas frente a un problema

⁶ Las técnicas de recolección van acompañadas de instrumentos para recopilar la información pertinente, dichos instrumentos serán expuestos como parte de los anexos.

y, finalmente, escribir un texto coherente que sintetice los resultados y las conclusiones. (Peña, 2010, p.1)

A su vez, la elaboración de esta etapa constato de cuatro pasos: la investigación documental, la lectura, el registro de la información y la elaboración de un texto escrito, que en el caso del objeto de estudio retoma temas relacionados con el derecho a la salud (derechos sexuales y reproductivos), política pública (atención en salud), el proceso de embarazo, patriarcado, relaciones de poder, violencia obstétrica (violencia simbólica, institucional, psicológica y física) para determinar la aprehensión teórica-metodológica con la que se planteó introducirse en el tema, fijar su limitación y adentrarse en el análisis correspondiente.

Entrevista semiestructurada

Según Hernández et al (2010) la entrevista semiestructurada se basa “en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas)” (p.418).

Las entrevistas se realizaron a las once mujeres⁷ seleccionadas a través de los criterios planteados en la investigación- de forma que pudieron expresar lo que piensan, analizan, sienten y saben de su proceso de atención del embarazo en relación con el derecho a la salud, acceso a la atención pública y la violencia obstétrica; siendo la voz de las mujeres y sus experiencias un indicador representativo de la realidad.

Además, se realizaron cinco entrevistas semiestructuradas a informantes claves⁸ pertenecientes a diferentes instituciones: Caja Costarricense del Seguro Social, Defensoría de los Habitantes de Costa Rica, Universidad de Costa Rica y Centro de Investigación en Estudios de la Mujer, profesionales que han abordado el derecho a la salud, la política pública en salud y tipos de violencia, desde sus espacios de trabajo o investigativos, lo que permitió fortalecer el referente teórico, fundamentar el análisis de la información y comprender su labor en relación con el objeto de estudio en términos de generar conciencia.

Estas entrevistas se apoyaron en una guía de preguntas que aportaron flexibilidad en la comunicación y la recuperación de datos e información que se relacionaban, para crear un

⁷ Ver Anexo N° 4

⁸ Ver Anexo N° 5

análisis extenso referido a la situación de las mujeres en general y en particular sobre el derecho a la salud y la violencia obstétrica en el proceso de embarazo.

b) Técnicas de análisis

En la labor investigativa se genera gran cantidad de información que requiere un ordenamiento, para emprender un análisis claro remitido al referente teórico- metodológico, en busca de su comprensión y relación con el objeto de estudio.

Análisis de la información:

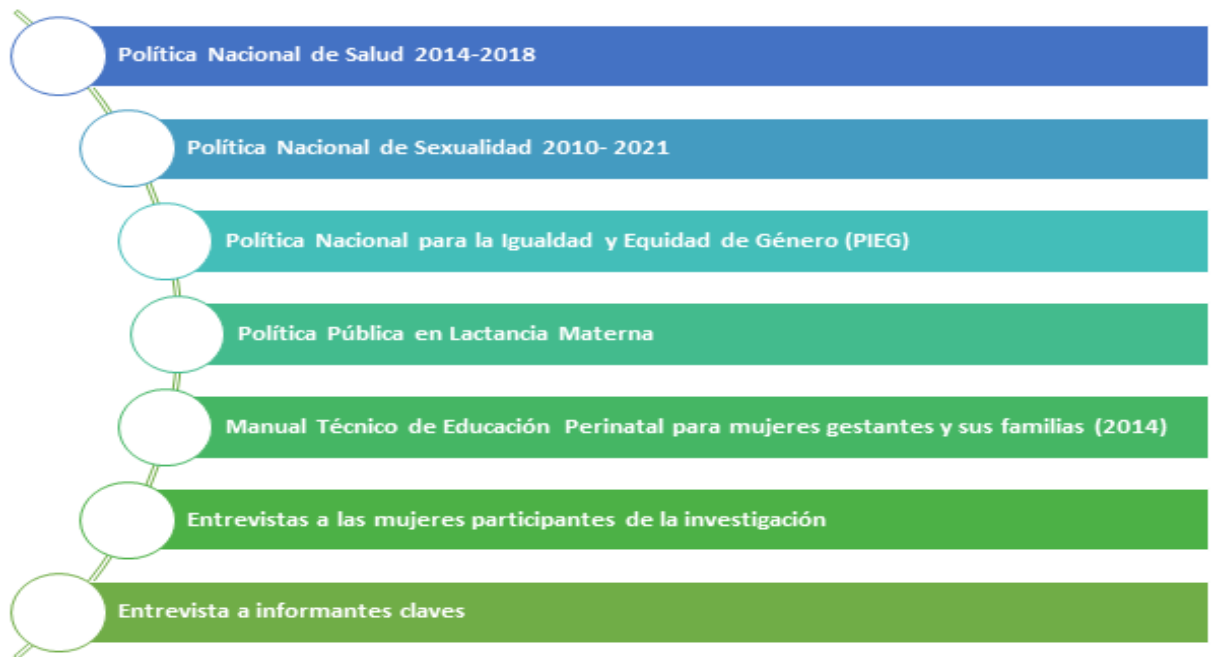
Para clarificar la información es necesario su análisis, según Dulzaides y Molina (2004) esta técnica tiene como intención

La captación, evaluación, selección y síntesis de los mensajes subyacentes en el contenido de los documentos, a partir del análisis de sus significados, a la luz de un problema determinado. Así, contribuye a la toma de decisiones, al cambio en el curso de las acciones y de las estrategias. Es el instrumento por excelencia de la gestión de la información. (p.2)

Se seleccionó esta técnica debido que favorece el desarrollo del bagaje teórico y la comprensión a profundidad del objeto definido en la investigación, estructurando la información recolectada, su tabulación, ordenamiento, captando la interrelación existente en las ideas para su comprensión como parte de un proceso integrador y cíclico a fin de tener claridad de los resultados que arrojan la investigación (Dulzaides y Molina, 2004).

El análisis configurado se realizó a partir de las siguientes fuentes de información:

Figura N° 6 Análisis de fuentes de información



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Triangulación de la Información

Según Okuda y Gómez (2005), la triangulación de la información refiere al empleo de métodos cuantitativos y cualitativos, derivados de fuentes, teorías, investigadores o ambientes, que buscan “patrones de convergencia para poder desarrollar o corroborar una interpretación global del fenómeno humano objeto de la investigación” (p.119).

Es así que para comprender las expresiones del derecho a la salud de las mujeres durante la atención pública del proceso de embarazo en vinculación con la violencia obstétrica se constata la triangulación de información para identificar disensos, consensos, resultados y explicaciones en el tema.

Figura N° 7 Fuentes de Triangulación de la información



Fuente Elaboración propia, 2017

Esta técnica se logró a través de revisión bibliográfica, los resultados de entrevistas (grabadas, transcritas y organizadas), recolección de datos estadísticos; segregando y cruzando la información generada entre las diferentes categorías y subcategorías, determinadas en el marco teórico para darle explicación al objeto de estudio, enriqueciendo el análisis a la luz de la confrontación y cumplimiento de los objetivos de investigación.

En la indagación cualitativa poseemos una mayor riqueza, amplitud y profundidad en los datos, si éstos provienen de diferentes actores del proceso, de distintas fuentes y al utilizar una mayor variedad de formas de recolección de los datos. (Hernández et al, 2010, p.439)

A través de la triangulación de información se constituyó la validación de la información, su ampliación y profundización, lo cual permitió la vinculación entre diferentes fuentes, bajo una reflexión gradual y específica para generar los resultados.

II Fase: El acercamiento al objeto de estudio

En esta parte, se determinó dos subfases: inserción en el campo y trabajo de campo, las cuales facilitaron la comprensión del tema en el contexto nacional y la aprehensión de información respecto al objeto de estudio.

I Subfase: Inserción en el campo

Esta subfase representa un momento clave en la introducción y el planteamiento de la investigación; el proceso se inició de forma escalonada a través del reconocimiento del contexto y el abordaje que se genera al interior del tema, que facilitó la definición de aspectos para concretar el objeto de estudio, las y los actores implicados, los sectores, espacios de discusión, especialistas, organizaciones sensibilizadas con los derechos de las mujeres, proyectos relacionados a violencia obstétrica (La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense, Ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica).

La inmersión total implica observar eventos, establecer vínculos con los participantes, comenzar a adquirir su punto de vista; recabar datos sobre sus conceptos, lenguaje y maneras de expresión, historias y relaciones; detectar procesos sociales fundamentales. Tomar notas y empezar a generar datos en forma de apuntes, mapas, esquemas, cuadros, diagramas y fotografías, así como recabar objetos y artefactos; elaborar descripciones del ambiente. Estar consciente del propio papel como investigador y de las alteraciones que se provocan; así como reflexionar acerca de las vivencias. (Hernández et al, 2010, p.384)

Es por esto que la exploración está referida a los cuestionamientos de personas, organizaciones e instituciones del ámbito académico y político (profesoras universitarias, estudiantes universitarios, diputados, Defensoría de la Mujer, Instituto Nacional de las Mujeres, organizaciones de la sociedad civil) en el proceder de las instancias relacionadas con la salud de las mujeres durante el proceso de embarazo y en las manifestaciones de violencia obstétrica que se suscitan en la atención, definiendo este tipo de violencia como un problema de realidad nacional, salud pública e histórico.

En ese sentido, para acercarse al tema de investigación se asistió a conversatorios, conferencias, foros (Protocolo de atención materna de la CCSS-Lo que ocurre en la realidad) y el congreso “Violencia Obstétrica en Iberoamérica: Desafíos de los derechos sexuales y reproductivos”, realizados en espacios públicos (Asamblea Legislativa, Universidad de Costa

Rica, Defensoría de los Habitantes). A través de estos encuentros se logró establecer relaciones con integrantes de las organizaciones La liga de la leche, MAMASOL, Agenda Cantonal de Mujeres Desamparadeñas (ACAMUDE) quienes son activistas por derechos de las mujeres.

También, se permitió calendarizar varias reuniones con diferentes propósitos, en un primer momento se les manifestó el interés para que participaran en la investigación, se les presentó el diseño, se solventó aspectos de tipo formales (carta de apoyo⁹), se solicitó colaboración en la estructuración de las intervenciones con las mujeres sujetas de estudio, para incursionar en el trabajo de campo.

II Subfase: Trabajo de Campo

El desarrollo de esta subfase representó la recuperación de las experiencias de las mujeres en el proceso de embarazo en la atención pública, de las y los informantes claves, mediante las entrevistas semiestructuradas. Siguiendo las recomendaciones de Hernández et al, (2010) se logró establecer un vínculo con las sujetas de estudio, a fin de adquirir un punto de vista interno de las mujeres referido al planteamiento del problema, teniendo en cuenta los conceptos, lenguaje, maneras de expresión, la relación entre las organizaciones y con las participantes.

De esta manera, se creó el recorrido y se programaron reuniones con las organizaciones que integraron la investigación, a fin de contactar a la población objeto de estudio y ejecutar las entrevistas. Las organizaciones MAMASOL y la Liga de la Leche realizaron una convocatoria por una red social, donde se colocó un afiche elaborado por las investigadoras¹⁰ solicitando colaboración para realizar la entrevista. Las personas familiarizadas con la información de la plataforma mostraron anuencia a la publicación y se recibió un total de 190 reacciones (96 Liga de la leche y 94 de Mamasol) y 95 comentarios en total, de los cuales 48 se recibieron en la página de la Liga de la Leche y 47 en la de MAMASOL.

Se revisó todas las referencias escritas y la información expuesta por las interesadas (vivencias y datos personales), se dispuso de las vías de comunicación (correos electrónicos y números telefónicos) para contactar a las investigadoras y valorar el cumplimiento de requisitos. Mientras que en el caso de ACAMUDE, la convocatoria se realizó de forma personal

⁹ Ver Anexo N° 6, 7 y 8

¹⁰ Ver Anexo N° 9

y mediante el afiche que se colocó en las instalaciones de la organización en Desamparados, al que respondieron dos mujeres.

Se estableció comunicación con todas las mujeres y se expuso a cada una la importancia de mantener correspondencia con los requerimientos, a fin de obtener información pertinente al objeto de estudio, además se refirió al tema de disponibilidad con la que contaban ellas (tiempo y traslados) para no entorpecer con su cotidianidad, situaciones que redujo el número de participantes, llegando a una muestra de once mujeres.

En el desarrollo de las entrevistas a las mujeres seleccionadas se les presentó el consentimiento informado¹¹ solicitando su autorización bajo un seudónimo que resguardará y protegerá sus identidades, que garantizara su integridad física, psicosocial y emocional; además que las experiencias registradas en las entrevistas forman parte del análisis de la investigación.

En lo referente al espacio para realizar las entrevistas se había previsto los lugares en que las organizaciones laboran, como lo fue en ACAMUDE, sin embargo surgieron inconvenientes en cuanto a la disponibilidad y tiempo con los que contaban las mujeres para trasladarse, por lo que se modificó la estrategia inicial, tal cual lo establece Hernández et al (2010) al argumentar que “debemos seleccionar ambientes o lugares alternos, en caso de que el acceso al contexto original nos sea negado o restringido más allá de lo razonable. Desde luego, también debemos visitarlos” (p.372), se recurrió a espacios alternos que eran de fácil acceso, sanos, tranquilos y seguros (bibliotecas públicas, lugares de trabajos, casas de habitación, Centro Nacional de Cultura, Universidad de Costa Rica) para las participantes e investigadoras facultando un ambiente oportuno, cómodo y que permitió el diálogo.

Al realizar las entrevistas, se suscitaron algunas situaciones que requirieron poner en práctica el Plan de Contingencia para la atención inmediata de las mujeres sujetas del TFG, donde se dio énfasis en la validación de lo expresado, analizando las dimensiones del problema, y brindando posibles soluciones, apoyadas en las organizaciones y con seguimientos vía telefónico.

En el caso de las y los informantes claves, se logró contactar a cinco personas, por recomendación del equipo de trabajo de la investigación y de reuniones con las organizaciones

¹¹ Ver Anexo N° 10

colaboradoras del estudio, valorando la relación y el conocimiento con el derecho a salud, a la política pública en salud y las expresiones de violencia que subyacen en la sociedad.

Mientras que a las personas profesionales con experticia en el tema de violencia obstétrica, se les presentó el consentimiento informado¹², por lo que se solicitó su autorización bajo un seudónimo que resguardará y protegerá sus identidades; además que las entrevistas integran parte del análisis de la investigación y los resultados podrían aparecer en una publicación científica pero de una manera anónima

Esta subfase comprendió un movimiento de “idas y venidas”, tomando en cuenta que es un proceso abierto y dinámico, en el que se traslapa información y expresa la necesidad de “regresar a una etapa inicial y retomar otra dirección. El planteamiento puede variar y llevarnos por rumbos que ni siquiera habíamos previsto” (Hernández et al, 2010, p.383), por tanto, durante y posterior al trabajo de campo se realizaron cambios en la estructura de la investigación con la intención de generar la comprensión y aprehensión del análisis de la información.

III Fase: Descripción y análisis

Esta fase comprende elementos importantes para el desarrollo de la investigación, según Hernández et al, (2010) es necesario revisar todo el material, que esté completo y que sea de buena calidad, seguidamente transcribir las entrevistas, examinarlas y describir otros materiales, explorando el sentido general de los datos y familiarizándose con estos, para no perder de vista conocimientos y criterios, cuestionando las ideas, el tono y lo que expresan, a fin de organizarlos mediante las categorías determinadas en el marco teórico.

Así, la investigación estableció una ruta en la que se entrecruzó el ordenamiento y la sistematización de información que surge a partir de varios aspectos que se interrelacionan o no, las experiencias de las mujeres, personas involucradas en la reflexión crítica de los procesos relacionados a la salud y la violencia obstétrica, el contexto socio histórico, las políticas públicas, las resistencias que se constituyen en el abordaje de la violencia que se ejerce en contra de las mujeres, de manera general y en particular a las mujeres durante el proceso de embarazo, determinando las expresiones de violencia que se derivan en la práctica obstétrica.

¹² Ver Anexo N° 11

Después de haberse recopilado toda la información, se procedió a codificarla, eliminando lo intrascendente, lo que facilitó la recuperación, agrupación y comparación de ésta, determinando las similitudes y/o diferencias. Sin embargo, este camino de análisis no fue homogéneo debido a que este proceso “a diferencia del proceso cuantitativo, no es secuencial, va ocurriendo” (Hernández et al, 2010, p.374) y se encuentra determinada por los criterios que se definen en el transcurrir investigativo.

Este ejercicio facultó la descripción referida a la interpretación precisa de la información obtenida para desarrollar una imagen fiel del derecho a la salud, la atención de las mujeres en los servicios de salud pública durante el proceso de embarazo y las características de la violencia obstétrica (Grajales, 2010), con el propósito de crear un proceso de deliberación y análisis en correspondencia con el problema de investigación, los objetivos y las categorías de análisis¹³ trascendiendo de lo inmediato, ahondando en el interior del objeto, cómo es, cómo se manifiesta, en busca de especificar las propiedades (Hernández et al, 2010).

En conjunto, la descripción y el análisis permitieron clasificar y enriquecer las categorías teóricas derivadas de los fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan el abordaje y la comprensión del objeto de estudio. En lo referente a la clasificación de los datos se realizó de forma manual y codificada, lo que admitió sustentar el análisis y la siguiente etapa.

El análisis dio paso, en la ruta investigativa, a relacionar la situación de las mujeres, el derecho a la salud, el proceso de embarazo y la violencia obstétrica, debido que esta relación enuncia, sugiere o expresa un pensamiento que lo ha inspirado, que debe visibilizarse con el fin de generar propuestas de cambio que modifiquen y transformen la práctica obstétrica, manifestando interés por un cumplimiento real del derecho a la salud en las vivencias obstétricas de las mujeres. Además, se tuvo en cuenta que en la construcción de esta fase se proyectó que podrían generarse cuestionamientos que debían ser retomados como insumos para ahondar y profundizar en el análisis.

IV Fase: Divulgación de la información (conclusiones)

Esta fase representa la exposición de los resultados que se generaron a través del proceso investigativo, que explican el objeto de estudio, los alcances y las limitaciones, de forma que se pueda ahondar en proyectos posteriores para concretar avances.

¹³ Ver figura N ° 1 página 30.

En relación a esto Hernández et al (2010) menciona

En la interpretación de resultados y la discusión: se revisan los resultados más importantes y se incluyen los puntos de vista y las reflexiones de los participantes y del investigador respecto al significado de los datos, los resultados y el estudio en general; además de evidenciar las limitaciones de la investigación y hacer sugerencias para futuras indagaciones. (p.524)

Por ello, la IV fase fue estructurada en dos momentos: concreción de resultados y difusión de resultados, que mostraron la realidad de las experiencias de las mujeres durante el proceso de embarazo en la atención pública en salud y visibilizó la violencia obstétrica como un problema social, político e ideológico.

IV. I Concreción de resultados

Al completar la fase anterior con la interpretación y análisis de los hallazgos encontrados, se construyeron las conclusiones y recomendaciones que indican la vinculación de la violencia obstétrica en el derecho a la salud de las mujeres durante la atención pública del proceso de embarazo, exponiendo información para emprender un camino como parte de las propuestas de cambio, por ende, no se queda en la comprensión.

La presentación de los resultados creó un precedente en Trabajo Social para generar incidencia en el ámbito de la obstetricia y del proceso de embarazo, ampliando conocimientos y prácticas afirmativas que consoliden los derechos de las mujeres, lo que podría facilitar información para la consolidación de futuros procesos que amplíen el tema.

IV. II Difusión de resultados

Se presentó la información y el análisis en la defensa pública ante instancias de la Universidad de Costa Rica, lo que representó parte de las evidencias de la situación en la atención pública en salud de las mujeres durante el proceso de embarazo y la urgencia para emprender un abordaje que amplíe los conocimientos, facilite el empoderamiento de las mujeres y la creación de estrategias que eliminen la práctica de la violencia en la atención obstétrica.

A la vez se socializó los resultados con las organizaciones de la sociedad civil: La liga de la leche, MAMASOL, Agenda Cantonal de Mujeres Desamparadeñas (ACAMUDE) como parte de los compromisos éticos-políticos de las investigadoras.

Capítulo II: Políticas Públicas relacionadas al derecho a la salud de las mujeres durante el proceso de embarazo

Este apartado refiere a la descripción de la Política Nacional de Salud 2014-2018, Política Nacional de Sexualidad 2010-2021, Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género (PIEG), Política Pública de Lactancia Materna (2009) y del Manual Técnico de Educación Perinatal para las mujeres gestantes y sus familias (2014). Estas representan el marco de acción del derecho de la salud de las mujeres durante el proceso de embarazo, que concierne las estrategias de atención de necesidades y las posibilidades para contener la violencia obstétrica que se produce en el ejercicio del derecho.

Las políticas públicas son producto del trabajo humano que se desarrolla en la historia, existen numerosas aproximaciones que dan forma y explican su importancia en la realidad social; Dewey (1927, citado en Parsons, 2007), expresa que las políticas públicas refieren a “lo público y sus problemas” (p. 31), la forma en que se definen y construyen cuestiones y problemas, y a la forma en que llegan a la agenda política y a la agenda de las políticas pública.

Además, Parsons (2007) señala que las políticas públicas se han constituido un medio para organizar los intereses de la clase hegemónica, “representa el intento de definir y estructurar una base racional para efectuar o no efectuar” (p. 47), de manera que “la función de las políticas cambia en la medida en que el Estado modifica su manera de legitimar el discurso.” (Parsons, 2007, p.48); es decir, las políticas públicas son una forma de moderar entre los requerimientos y los intereses de determinados sistemas económicos, políticos e ideológicos que imperan y las necesidades de la población.

En Costa Rica, las políticas públicas configuran la ruta en el continuo democrático, que articula intereses de grupos, partidos, organizaciones, instituciones y en la demanda de derechos; el Comité de Salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) manifestó una opinión favorable en relación a las políticas gestionadas e implementadas en el país y considerar “un ejemplo para otras naciones del mundo” (Barquero, 2017).

No obstante, persistentes desatenciones a las necesidades, particularidades que subyacen en la población, afectando el desarrollo social y agudizando las desigualdades sociales y de género, situación que expresa las debilidades en la constitución y materialización

de las políticas, producto de la fuerte adhesión que estas mantienen con grupos de poder económico que privilegian sus intereses ante lo público.

En el mundo real de las políticas, encontramos algunas que se alejan de lo público o del interés común, porque grupos particulares permean las esferas de poder para obtener a través de la política una ventaja en desmedro de los intereses de una colectividad. (Velásquez, 2009, p. 156)

Bajo esta idea, se circunscribe el derecho a la salud y las instituciones del Estado demarcadas por fuertes desafíos producto de la polarización de intereses que debilitan su dinámica y funcionamiento, vulnerabilizando la situación de las mujeres en el país.

Figura N° 8 Políticas Públicas y Normativa en materia de Salud



Fuente: Elaboración propia (2017).

En Costa Rica, la salud de las mujeres se ampara y proyecta a través de políticas públicas, que conforman la organización del Estado y sus instituciones para el ejercicio del derecho y la atención de las necesidades en salud.

1. Política Nacional de Salud 2014-2018

La Política Nacional de Salud (2014-2018) es parte central de los referentes del objeto de estudio gestionado por el Ministerio de Salud, entidad responsable de guiar su formulación, seguimiento y evaluación. Esta se articula en diferentes ámbitos de intervención: Articulación intra e intersectorial y participación ciudadana en salud, Equidad y Universalidad de las Acciones en Salud, Prácticas Saludables, Recreación y Deporte, Salud ambiental y Gestión integral del riesgo y adaptación al cambio climático, que pretenden mejorar las condiciones de vida de la población.

Asimismo, se orienta en valores como la equidad, solidaridad, universalidad, ética, calidad, inclusión social, interculturalidad, integra los enfoques desarrollo humano sostenible e inclusivo, derechos humanos, género, interculturalidad y comunitario, asentando su accionar por ámbitos, que en conjunto configuran la respuesta del Estado a las manifestaciones de la realidad social en materia de salud. Existen ámbitos vinculados directamente al tema de investigación (Articulación intra e intersectorial y participación ciudadana en salud, Equidad y Universalidad de las Acciones en Salud, Prácticas Saludables, Recreación y Deporte) que permiten comprender el desarrollo de la política y las esferas de acción que provee el Estado para generar mejores condiciones de salud a partir de las particularidades que presentan las mujeres durante el proceso de embarazo.

1.1 Articulación intra e intersectorial y participación ciudadana en salud

Este ámbito propone un trabajo articulado entre diferentes actores (sociedad civil, mujeres, instituciones, gobiernos locales) y el sistema de salud, facilitando herramientas y recursos para la implementación de la política. Algunos de los ejes que suscriben esta labor son:

Figura N° 9 Articulación intra e intersectorial y participación ciudadana en salud



Fuente: Elaboración propia a partir de la Política Nacional de Salud 2014-2018 (2015).

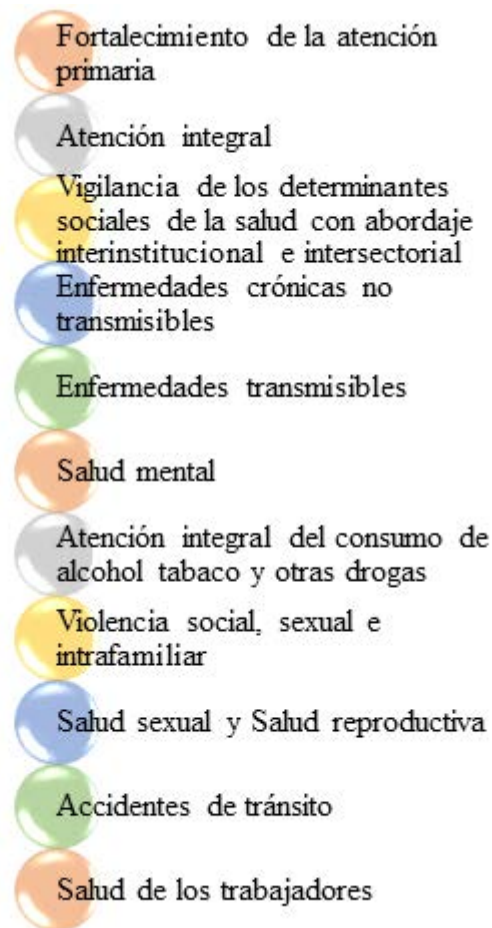
La rectoría de la salud, la legislación, recurso humano en salud y la calidad son ejes que exponen la vinculación que el Estado mantiene con la población para proteger y mejorar la salud, la participación y colaboración que determinan otras instancias, a fin de dar respuesta a los lineamientos establecidos en diferentes tratados y convenciones que velan por el cuidado de la salud. Además, definen las necesidades de recurso humano para establecer calidad de salud y de atención, procurando servicios oportunos que ofrezcan a la población “satisfacción de necesidades y requerimientos de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, además, está vinculado con aspectos técnicos, con la efectividad y eficiencia, así como con la calidez, accesibilidad y comodidad”. (La Política Nacional de Salud, 2015, p, 65)

Desde dicha perspectiva, se pretende un mayor acceso, cobertura y participación, garantizando la atención en servicios de salud acordes a las particularidades que se derivan de la cotidianidad y de procesos como el embarazo en el ejercicio del derecho a la salud de las mujeres.

1.2 Equidad y Universalidad de las Acciones en Salud

Este plano de acción representa un acercamiento a temas medulares en el contexto actual como lo son la integralidad para la atención en salud y la diversidad, el cual comprende la población y vislumbra aspectos de la vida en sociedad. Tales elementos se entrecruzan y sugieren abordajes integrados y amplios que comprendan las características, desarrollo, desafíos y proposiciones existentes, validando los derechos de las personas.

Figura N° 10 Ejes de Equidad y Universalidad de las Acciones en Salud



Fuente: Elaboración propia a partir de la Política Nacional de Salud 2014-2018 (2015).

A través de estos ejes, se impulsa la creación de estrategias de atención, procesos de comunicación, sensibilización y generación de sistemas de información en salud, que contribuyan a la toma de decisiones en la disminución de brechas, inequidades y desigualdades (Política Nacional de Salud 2014-2018, 2015). Conjuntamente, se propone el fortalecimiento de la articulación intersectorial e interinstitucional que identifiquen los componentes

psicosociales, biológica y cultural que afecten el bienestar en salud, instaurando una matriz de recursos, rehabilitación, apoyo, tratamientos y referencias a especialistas, en situaciones de peligro en la salud o vulnerabilización de lo social, procurando bienestar y disminuyendo riesgos.

En otras palabras, se prioriza la deconstrucción de imposiciones históricamente ancladas en el imaginario en la construcción de la salud, eliminando la reproducción de estereotipos y la estigmatización, ahondando en las particularidades de las personas, optimizando recursos y proporcionando atención integral en el ejercicio del derecho a la salud. Es así que la ejecución de estas acciones faculta a las mujeres durante el proceso de embarazo para aspirar a servicios de calidad, de carácter científico, atención horizontal, con calidez que valida y consolida sus derechos en el desarrollo natural de la gestación y el postparto.

Dentro del mismo ámbito, existen dos ejes (Violencia social, sexual e intrafamiliar y Salud sexual y salud reproductiva) que son importantes de ahondar desde la óptica de la investigación, al constituirse aproximaciones en lo social y en salud, a un mediano plazo que agencie la prevención y atención de violencia obstétrica, estimulando su eliminación en la institucionalidad costarricense.

1.2.1 Eje de Violencia social, sexual e intrafamiliar

En primera instancia, el eje conceptualiza los tipos de violencia que lo componen, esto como una forma de reconocer las diferencias existentes y las manifestaciones empleadas en cada una; al vincular esta esfera con la atención de las mujeres en el proceso de embarazo, el enunciado que opera como referencia menciona que la violencia social es “un comportamiento deliberado que provoca daños físicos o psíquicos a otras personas a través de amenazas, ofensas o el uso de la fuerza” (Política Nacional de Salud 2014-2018, 2015, p. 99).

Dicha conceptualización traza paralelismo con las reseñas dilucidadas hasta el momento de violencia obstétrica, al mencionar que corresponde a una acción expresa por medios tangibles e intangibles que trae consecuencias de diversa índole en las personas en las que se ejerce, lo que implica determinar la concepción, desarrollo e implicaciones de la política en salud al prever la profundización de las expresiones de violencia en contra de las mujeres.

Por ello, el Estado reconoce que la violencia es una dimensión de la realidad que es urgente de abordar y analizar, por ende propone estrategias de prevención y vigilancia, prevaleciendo el fortalecimiento de los servicios de salud especializados de atención y

protección integral de las víctimas (Política Nacional de Salud 2014-2018, 2015), para brindar a la población, a las mujeres, profesionales y personal administrativo de las instituciones, herramientas, criterios y recursos que permitan el reconocimiento de derechos ante actos que impliquen la vulnerabilización de los mismos por situaciones de violencia, discriminación y exclusión. Es decir, si bien el área no está direccionada a prevenir, crear servicios y dar atención a víctimas de violencia obstétrica, resulta un mecanismo provechoso para evitar prácticas que atenten contra las mujeres durante el proceso de embarazo.

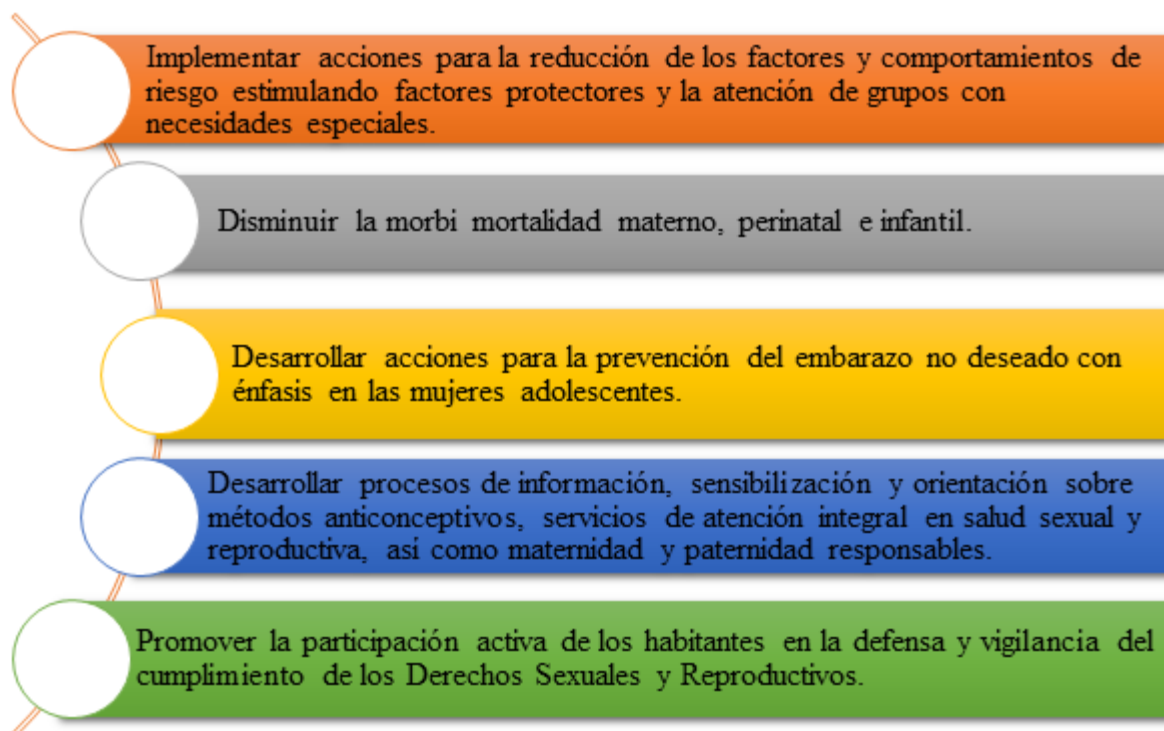
1.2.2 Eje de Salud sexual y salud reproductiva

Dentro de las esferas que transversalizan las expresiones del derecho a la salud en la atención pública a mujeres durante el proceso del embarazo en su vinculación con la violencia obstétrica, está la salud sexual y reproductiva, definidas en la política como

El estado de bienestar físico, mental y social de las personas en la esfera sexual y reproductiva, así como sus funciones y procesos. La salud reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual, segura y satisfactoria para reproducirse, así como la libertad para decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo. La salud sexual y reproductiva no solo atañe a los años reproductivos, sino que enfatiza en un enfoque centrado en el ciclo de vida de las personas. (Política Nacional de Salud 2014-2018, 2015, p. 101)

Basado en esta premisa, se establecen estrategias puntuales de promoción de los derechos en salud sexual y reproductiva de la población femenina y masculina durante todo el ciclo de vida, garantizando el goce de estos derechos en los servicios de atención de las mujeres durante el proceso de embarazo.

Figura N° 11 Estrategias en Salud Sexual y Reproductiva



Fuente: Elaboración propia a partir de la Política Nacional de Salud 2014-2018 (2015).

Estas derivaciones de la política ante la salud sexual y reproductiva presuponen instaurar una visión integral que sustenten la prevención, protección y cuidado, propiciando abordajes de corresponsabilidad fuera la estigmatización, prejuicios o estereotipos que afecten la atención y el cuidado de la salud.

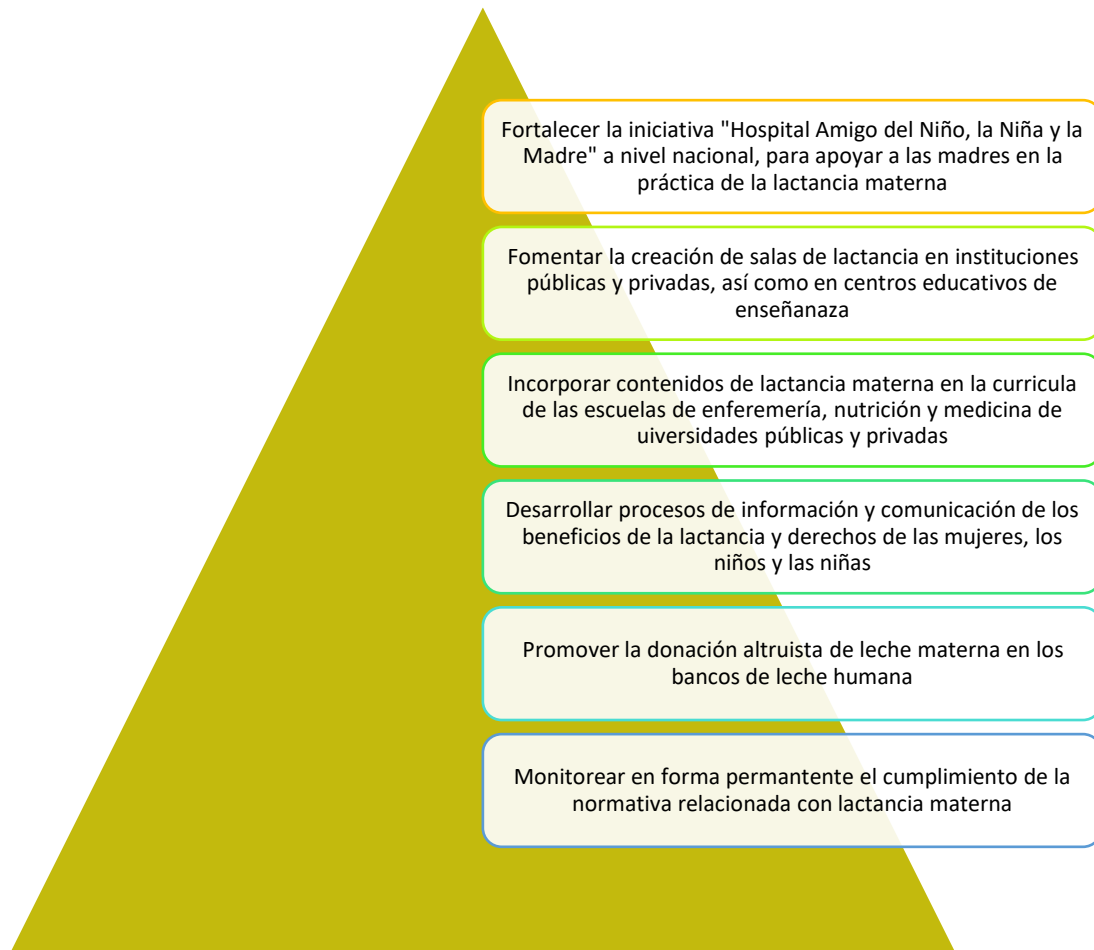
Es esencial que, en el abordaje de la población femenina durante el proceso de embarazo, esta perspectiva se mantenga y circule entre las personas que trabajan en los servicios de salud, a fin de posicionar acciones afirmativas que garanticen el goce y disfrute de la sexualidad de las mujeres, de sus derechos, en busca del bienestar, emocional, psicosocial, físico y biológico.

1.1.3 Prácticas Saludables, Recreación y Deporte

El último ámbito opera en tres planos (Prácticas saludables, Actividad física, recreación y deporte y la Alimentación y nutrición) interrelacionados, cuyo objeto es promocionar la salud, teniendo en cuenta el contexto, los procesos psicosociales, físicos, culturales y biológicos, que determinan los hábitos, conductas, estilo de vida y las actividades cotidianas de la población, aprehendiendo la salud desde la integralidad. En esa línea, el eje de Alimentación y Nutrición impulsa la lactancia mediante acciones que faciliten su práctica con

el objetivo de proteger el desarrollo de las personas recién nacidas y en alguna medida de la madre.

Figura N° 12 Estrategias de promoción de la lactancia



Fuente: Elaboración propia a partir de la Política Nacional de Salud 2014-2018 (2015).

Desde la óptica de la protección a la niñez, estas acciones representan un insumo trascendental en el quehacer de las personas que laboran en los centros de salud, sin embargo, no dispone de conocimientos e información de las implicaciones que genera la lactancia en las mujeres en todos los aspectos de su vida (física, social, cultural, emocional y económico), reduciendo el papel que cumplen las mujeres en la constitución de la historia y de un proceso tan importante para prolongar la vida de las personas recién nacidas.

En ese punto, se requieren modelos interdisciplinarios que no comprometan el desarrollo de las mujeres, sino que evidencien las necesidades, amplíen conocimientos y

derriben imposiciones al consignárseles el ejercicio de su derecho a la salud, tomar decisiones, el respeto por la autonomía y la definición de alternativas que generen bienestar y satisfacción. Es así como la revisión y descripción de la Política Nacional en Salud 2014- 2018 muestra pasos importantes que contrarrestan la realidad social en materia de salud, no obstante, es fundamental generar acciones que respondan a procesos emergentes (fertilización in vitro, aborto terapéutico, diversidades sexuales) y depure enfoques, lo que permita la constitución de matices, generación espacios de diálogo y participación, también, de anteponer las necesidades de las mujeres a los intereses particulares y de poder.

2. Política Nacional de Sexualidad 2010- 2021

La salud, además de ser una necesidad requerida para la reproducción de la vida social, es un componente de interés público que demanda del Estado políticas y servicios que procuren la promoción, prevención, atención y cuidado de la salud. En dicha lógica, están inmersas la sexualidad y la reproducción como expresiones de la realidad de las personas que requieren de un abordaje óptimo que satisfaga los derechos concernientes en esta materia.

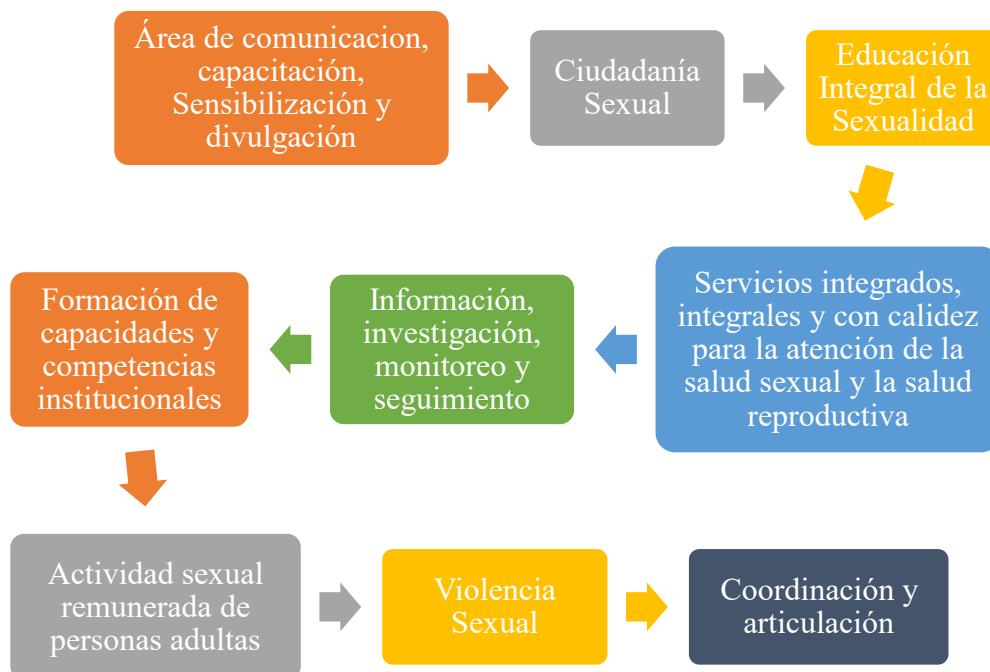
Desde esta perspectiva, se direcciona la Política Nacional de Sexualidad (2011), instrumento conceptual y de análisis, que articula los enfoques de derechos humanos, igualdad de género y diversidad, concertando acciones que apremien “una sexualidad segura, informada y corresponsable” (p.2) garantizando acceso a los servicios de salud, atención, fortalecimiento de la autonomía, igualdad de género, comprensión de la diversidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

La adhesión a esa idea permite entrever las oportunidades que presenta la política en relación con los derechos sexuales y derechos reproductivos como parte del derecho a la salud de las mujeres durante el proceso de embarazo, en que se debe facilitar conocimientos e información de experiencias que asistan y permitan el goce y satisfacción de los derechos. Algunos de los instrumentos jurídicos en los que se fija esta política son: la Política Nacional Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) Plataforma de Acción de Beijing (1995), Ley General de Salud, Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género, Ley Contra la Violencia Doméstica, Código de la Niñez y la Adolescencia, Ley General de SIDA y Decreto sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales. (Política Nacional de Sexualidad 2010-2021, 2011)

La política se fundamenta en tres principios: libertad, autonomía y responsabilidad, pilares que posibilitan a las personas elegir y tomar decisiones entre diferentes opciones, fuera de coerción o violencia, a partir de información objetiva que genera conocimiento y conciencia, teniendo presente las consecuencias que estas derivan en su vida (Política Nacional de Sexualidad 2010- 2021, 2011). A través de estas pautas, se amplía la visión de la sexualidad y la reproducción, percibiendo a las mujeres gestantes o en postparto como sujetas libres, participantes y referentes en la toma decisiones relacionadas a su cuerpo, su embarazo y a su vida, en el ejercicio de sus derechos.

Con el fin de integrar los aspectos antes mencionados, la política se estructura en áreas de intervención, que orientan el quehacer institucional, profesional y cotidiano de todas las personas para la promoción de los derechos sexuales, derechos reproductivos y el fortaleciendo del desarrollo social y cultural del país.

Figura N° 13 Áreas de intervención de la Política Nacional de Sexualidad



Fuente: Elaboración propia a partir de la Política Nacional de Sexualidad 2010- 2021 (2011).

Esta estructuración garantiza “el acceso a servicios de salud sexual y a la salud reproductiva con equidad, calidad, seguridad, calidez y confidencialidad, diversidad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social que responda a información

actualizada, laica y científica” (Política Nacional de Sexualidad 2010- 2021, 2011, p.34), aspectos que permiten el reconocimiento de la sexualidad y lo reproductivo como derecho humano en salud.

En la política, se manifiesta la necesidad de involucrar a la población activamente en la toma de decisiones, concertar la articulación y coordinación de diferentes actores, entre instituciones y sectores, definir marcos normativos/jurídicos que expliciten y sean material de consulta de los derechos, las responsabilidades que favorecen el ejercicio de la sexualidad libre de prejuicios y discriminación, propiciando el respeto, la igualdad y el cuidado de la salud sexual y salud reproductiva (Política Nacional de Sexualidad 2010- 2021, 2011).

Conjuntamente, se tiene en cuenta que la ausencia de fuentes de conocimiento en la sexualidad representa una forma de violentar la libertad, por esto se determina la creación de metodologías asequibles a las personas, apoyadas en estrategias intersectoriales de educación integral que faculten la promoción de la sexualidad.

De esta manera, especialidades en salud como obstetricia puedan implementar en todos los niveles de atención buenas prácticas con capacidades operativas, resolutivas y aptitudes que aseguren el cumplimiento de los derechos subsanando necesidades y ratificando los compromisos adquiridos por el Estado en diferentes marcos y convenciones que salvaguardan los derechos de las mujeres durante el proceso de embarazo.

Con la política, se reconoce la inexistencia de sistemas de denuncias relacionados a violencia sexual, y propone la creación de mecanismos de exigibilidad, que recupere las especificidades de grupos vulnerables con la intención de proteger sus derechos, posibilitar atención y el seguimiento oportuno, garantizando su dignidad. (Política Nacional de Sexualidad 2010- 2021, 2011).

Lo anterior, representa un paso importante en la lucha por consignar los derechos sexuales de diferentes poblaciones (mujeres, LGTB, indígenas, afrodescendientes, migrantes, jóvenes, adultas/os mayores) y en la particularidad de las mujeres durante el proceso de embarazo, oponiéndose a la lógica patriarcal capitalista que lesiona y vulnerabiliza los derechos sexuales como negación de anticonceptivos, información y autonomía, afectando la integridad física, emocional, social y psicológica de estas personas. A su vez, el Estado es responsable de gestionar recursos y proveer insumos que permitan concretar un proceso de comunicación libre

de estereotipos y estigmas entre las mujeres y las instituciones de salud, y viceversa, configurando una visión integral y participativa de la sexualidad y la reproducción.

De ahí que la política y las acciones que se derivan representa un avance de la vida en sociedad, que debe permanecer y consolidarse bajo procesos de promoción de la salud sexual y la salud reproductiva desde evidencia científica, tecnológica y psicosocial que den fuerza y sostenibilidad al ejercicio de derechos.

En resumen, la Política Nacional de Sexualidad 2010- 2021 traza líneas basadas en valores de justicia que toman en cuenta la autonomía, el placer, la toma de decisiones, la libertad, accesibilidad, diversidad, equidad y responsabilidad, elementos que se asocian a otros derechos y que en su conjunto generan bienestar a las personas y el progreso de la sociedad.

3. Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género (PIEG)

Dentro de las políticas relacionadas a la salud de las mujeres durante el proceso de embarazo, se encuentra la Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017 (PIEG), que condensa los compromisos adquiridos por el Estado en materia de derechos para la igualdad de género y el cambio social.

Esta política se fundamenta a partir de tres grandes núcleos: autonomía económica, participación política y cambio cultural, que representan “pilares fundamentales para mover las barreras de la desigualdad, que afectan a las mujeres; así como también, aspectos transversales que atacan nudos estructurales expresados en brechas por razones de género” (Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017, 2007, p. 5).

La PIEG se enriquece de los enfoques desarrollo humano sostenible, igualdad de género y el enfoque de derechos, que proporcionan visiones sólidas de las desigualdades existentes entre los géneros, realidad que demanda transformaciones culturales, sociales, ideológicas, económicas y políticas, para producir bienestar, participación e igualdad de oportunidades.

Dentro de la normativa que sustenta la PIEG están: Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) Convención sobre la Eliminación de Todas la Formas de Discriminación Contra de la Mujer CEDAW (1984), Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia en Contra de la Mujer (Belem do Pará) (1995) Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer (1990), Ley de Fomento de la Lactancia Materna (1994), Ley contra la

Violencia Doméstica (1996), Ley General de Protección a la Madre Adolescente (1997, 2002), (1998), Código de la Niñez y la Adolescencia (1998) y Ley de Penalización de la Violencia contra las Mujeres (2007) (Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017, 2007, pp. 20-21).

Esta política define sus lineamientos en objetivos que profundizan la situación de las mujeres en el país y contrarrestan los aspectos negativos que se derivan de la desigualdad, la violencia y de la exclusión

- El cuidado como responsabilidad social.
- Trabajo remunerado de calidad y la generación de ingresos.
- Fortalecimiento de la participación política de las mujeres y al logro de una democracia paritaria.

Los objetivos de la PIEG que se interrelacionan con las expresiones del derecho a la salud de las mujeres durante el proceso de embarazo, en vinculación con la violencia obstétrica son:

Figura N° 14 Objetivos de la PIEG



Fuente: Elaboración propia a partir de la Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017 (2007).

A partir de estos objetivos, el Estado traza líneas puntuales que se entrelazan, especificando una noción integral a la situación de las mujeres a fin de garantizar sus derechos, visibilizar sus particularidades y su papel como sujetas históricas.

3.1. Educación y la salud de calidad en favor de la igualdad

Según se describe en la política, dentro del país subsisten ideas sexistas, estereotipos y roles de género que reproducen diversas formas de discriminación, desigualdad y la violencia contra las mujeres, los cuales persisten por falta de información, educación y programas que aborden la sexualidad. Todas situaciones que limitan la autonomía para decidir sobre el cuerpo, el acceso a una salud integral y a servicios de calidad. (Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017, 2007).

En vías de derribar las brechas con la política, se insiste en la necesidad de incorporar en el tejido social e institucional los enfoques de género y humano, propiciando buenas prácticas en favor de la igualdad, mediante acciones de formación en educación sexual y reproductiva en diferentes áreas de la CCSS, con el fin de fortalecer la oferta de servicio de calidad en todos los niveles de atención y la satisfacción de necesidades (Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017, 2007).

Además, se apremia la producción de material, campañas y procesos de sensibilización con la población dirigidos a remover de estereotipos en favor de la igualdad, equidad y la no violencia en contra de las mujeres. Dicho de otro modo, la PIEG pretende que la población femenina en general y en particular quienes están en procesos de embarazo, al visitar espacios de atención en salud, puedan encontrar servicios relacionados a salud sexual y reproductiva, facilitadores de información, receptivos de consultas e intervenciones, en los que se perciban las particularidades subyacentes en el ciclo de vida anexas al desarrollo social y material de la sociedad.

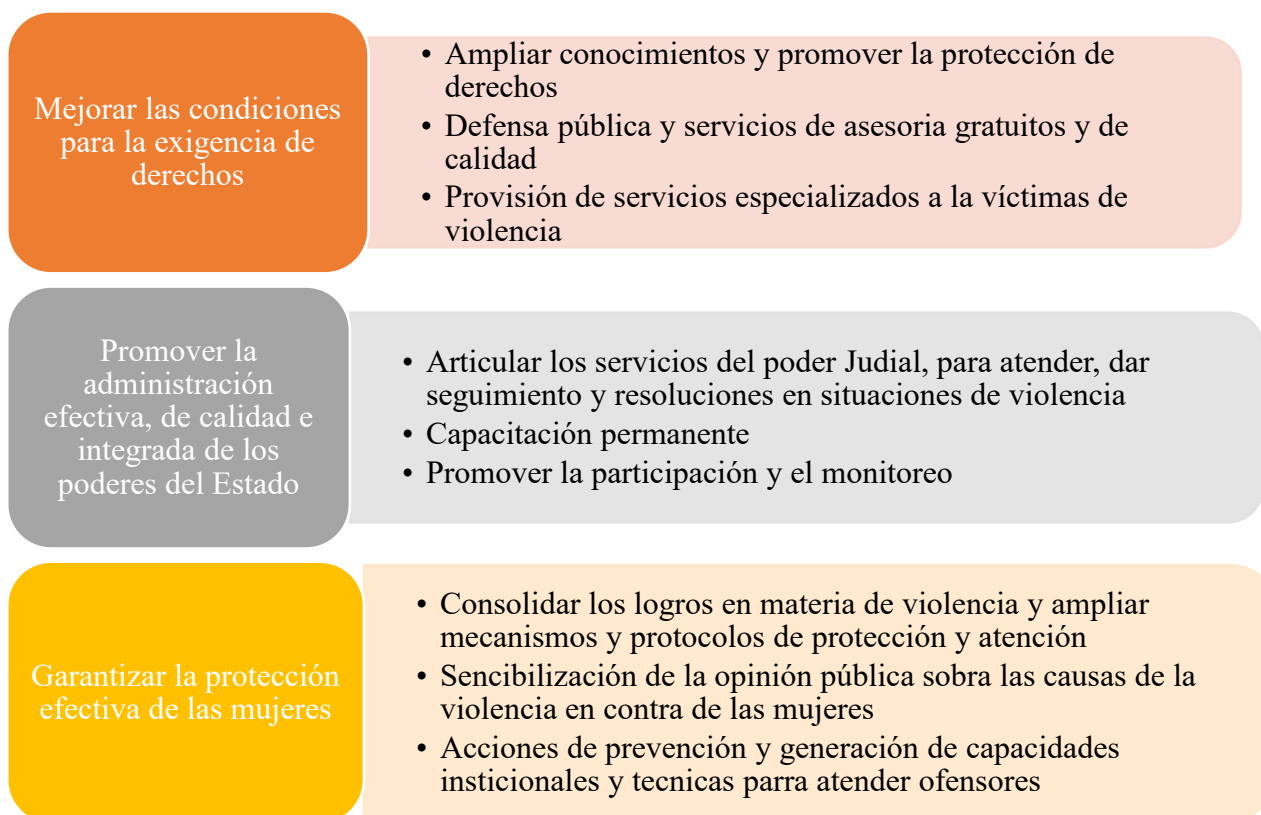
3.2. Protección efectiva de los derechos de las mujeres y frente a todas las formas de violencia

En relación con este objetivo en la PIEG, se afirma que existen múltiples formas de violencia que se continúan invisibilizando (acoso sexual, trata de personas, explotación sexual, violencia patrimonial, violencia psicológica), además, se apunta que sus expresiones se mueven en diferentes ámbitos de la vida, entre los más comunes el institucional, donde es frecuente la

desarticulación, falta de sistemas de seguimiento, control de riesgo y de evaluación interdisciplinaria. (Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017, 2007).

Es así que a través de la PIEG se propone:

Figura N° 15 Protección efectiva de los derechos de las mujeres y frente a todas las formas de violencia



Fuente: Elaboración propia a partir de la Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017 (2007).

Estas pautas representan sendas en la lucha por eliminar la violencia que se manifiesta en contra del género femenino y en situaciones vinculadas a la violencia obstétrica, son fuente de intervención para visibilizar el problema y generen acciones que garanticen el disfrute de los derechos humanos durante el proceso de embarazo.

3.3. Fortalecimiento de la institucionalidad a favor de la igualdad y la equidad de género.

A través de dicho objetivo, con la política se busca procurar y mantener “una institucionalidad robusta a favor de la igualdad de género” (Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017, 2007, p.77). Con esta idea, se propone la difusión y asignación de legislación, normativa, recursos humanos, técnicos y operativos, presupuesto para la ejecución de procesos de capacitación que permitan la distribución de responsabilidades, coordinación interinstitucional e intersectorial, generación de mecanismos de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas y creación de acuerdos entre el Estado, el sector privado y la sociedad civil que faciliten herramientas en la atención de víctimas de violencia (Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017, 2007).

Estas estrategias permiten hacer frente a manifestaciones de discriminación, desigualdad e inequidad que se definen en la cotidianidad; facultando el ejercicio de los derechos, el posicionamiento de necesidades y requerimientos diferenciados, fortaleciendo la participación, garantizando la autonomía, impulsando el desarrollo social y mejorando la situación de las mujeres durante el proceso de embarazo.

4. Política Pública en Lactancia Materna

Entre las políticas que fundamentan el análisis que entrevén las expresiones del derecho a la salud de las mujeres durante la atención pública en el proceso de embarazo en vinculación con la violencia obstétrica está la Política Pública en Lactancia Materna (2009), instrumento que comprende la base en la promoción de la lactancia. Su objetivo es “maximizar la salud integral de las madres, niñas y niños, jóvenes, familias y población en general” (Política Pública en Lactancia Materna, 2009, p.4), de ahí que su importancia sea asignar competencias específicas a los diferentes sectores (trabajo, educación, industria, economía, comercio, entre otros) que interfieren en el desarrollo de la lactancia.

Esta se sustenta en varias directrices constatadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Convención Internacional sobre los Derechos del Niño la Constitución Política, la Ley General de Salud (No. 5395), el Código de la Niñez y de la Adolescencia (No.7739), la Ley de Fomento a la Lactancia Materna (No. 7430) (Política Pública en Lactancia Materna, 2009, p.4) que agrupan la estructura teórica/práctica en la protección de los derechos asociados a la lactancia.

Además, la política establece que la lactancia es un proceso biológico que provee nutrientes a la recién nacida/ nacido garantizando una parte fundamental del derecho a la salud, por ende, el Estado y las instancias públicas y privadas, están forzadas a proveer condiciones a través de buenas prácticas, capacitarse en el tema para comprender la importancia y la necesidad de la lactancia en el desarrollo humano, a fin de velar, promocionar, proteger y apoyar la salud integral de la mujer, la familia y del niño o niña (Política Pública en Lactancia Materna, 2009).

Conjuntamente, la misma centra sus esfuerzos en el no uso de alimentos envasados que reemplacen o despojen el proceso natural de la lactancia, es por esto que explicita que en situaciones de desastre o emergencia la prioridad es brindar apoyo alimentario y nutricional a las mujeres lactantes para sostener el amamantamiento, no obstante en casos muy específicos es innegable optar por la administración de fórmulas de leche a partir de criterios terapéuticos (Política Pública en Lactancia Materna, 2009).

En conclusión, la política, si bien respalda la lactancia una acción natural que brinda y proporciona bienestar en salud a los y las recién nacidas, no se establece como un mecanismo de apoyo o protección de la población femenina durante el postparto. Razón por la que se vuelve importante integrar dentro de la política una visión amplia de la lactancia, donde sea retomado el binomio mujer y recién nacida/o y se estipulen rutas favorables para su bienestar, predominando el derecho de la autonomía y el respeto a la libertad en la toma de decisiones de las mujeres.

5. Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias (2014)

En el país los procesos de gestión de las políticas públicas en salud componen el camino en el ejercicio del derecho, y en esto la ejecución constituye un eje central en “la concreción de relaciones históricas, costumbres y anhelos de la sociedad” (Huaylupo, 2005, p.148) logrando el reconocimiento y la satisfacción de particularidades.

Al relacionar el tema de las políticas públicas en salud y el derecho a la salud de las mujeres durante el proceso de embarazo, se precisa el abordaje del Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias (2014) de la Caja Costarricense de Seguro Social, instrumento que consigna la respuesta operativa ante las necesidades presentes en el embarazo, parto y postparto. Por esto es fundamental analizar los aspectos que orientan

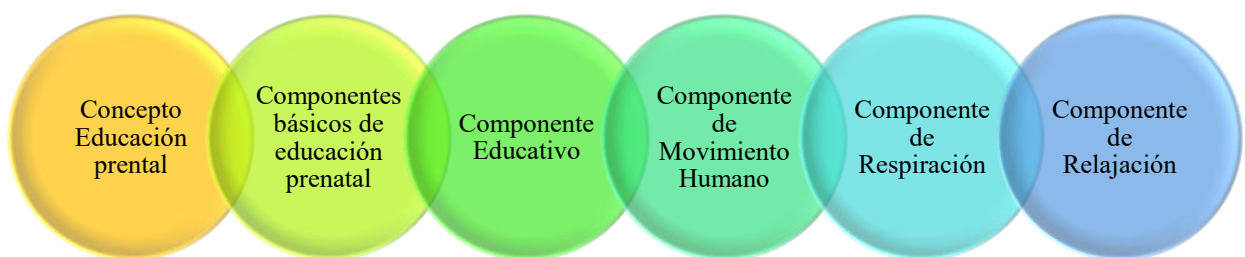
este documento, a fin de comprender los trazos existentes en materia de derechos de las mujeres, el proceso de embarazo, los servicios y el quehacer del personal en salud.

El manual se presenta como un insumo para todas las personas implicadas en el proceso de embarazo (profesionales, personal administrativo de centros de salud, las mujeres, acompañantes y familia), aportando conocimientos, derechos subyacentes, gestiones y procedimientos concernientes a las diferentes etapas que lo conforman. De esta manera se expone el objetivo general que resume la visión de la cual parte la institución para desarrollar los procesos de atención de las mujeres en el embarazo, parto y postparto.

Facilitar al personal de salud un marco conceptual y herramientas prácticas que orienten y estandarización el proceso de educación perinatal a las mujeres gestantes y sus familias brindado en los servicios de salud institucionales, contribuyendo al fortalecimiento de sus competencias, actitudes y conocimientos, para el autocuidado y acompañamiento durante la gestación, el parto y el posparto. (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014, p.15)

La estructura del manual se solventa a partir del marco conceptual, que facilita información a todas las personas en el abordaje del proceso

Figura N° 16 Marco conceptual del Manual



Fuente: Elaboración propia a partir del Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias (2014).

Esto determina una oferta amplia asociada a componentes de la realidad social en el marco integral que ocupa el proceso de embarazo que pone en consideración algunos aspectos como la educación para la salud, cuidados del recién nacido, alimentación saludable, estimulación temprana, lactancia materna, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, entre otras (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014, p.10), que definen y direccionan el trabajo en los distintos niveles de atención que establece la CCSS en el continuo del derecho de la salud de las mujeres. Entre los requerimientos que se insisten con el manual es la promulgación de un enfoque de atención acorde con las necesidades manifiestas por la población en distintos aspectos de la salud reproductiva.

Se debe evitar al máximo, realizar acciones si realmente no se justifican, de esta forma se establecen las condiciones óptimas de desarrollo del mismo y por lo tanto un cambio en la intervención del personal de salud. Esto con el propósito de proveer una atención más humanizada en la que la mujer sea partícipe activa de su embarazo, parto y posparto. (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014, p.14)

Desde tal perspectiva, se parte de la consigna de facilitar bienestar, libertad y acción a las mujeres en el proceso, las protege de ser víctimas de procedimientos o prácticas que deterioren su salud, vulnerabilizando sus derechos o pongan en peligro su vida, y en el caso de los servicios el fortalecimiento ante precisiones emergentes en el contexto social en el embarazo.

Una cuestión fundamental es el papel de las mujeres en este proceso, en el manual se insiste en reconocerlas dueñas de su embarazo, parto y postparto, sujetas de derechos “a la que se debe dar un trato digno y respetuoso, capaz de decidir lo que desea para sí en ese momento tan importante” (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014, p.14), premisa que representa un punto central en el análisis de las relaciones producidas entre las mujeres y el personal de salud /administrativo de los servicios de salud en general y en particular el ámbito obstétrico.

A la vez, en una forma de asegurar el derecho a la salud en la elaboración del manual se entretejieron conocimientos y criterios de profesionales de Enfermería, Medicina, Odontología, Nutrición, Psicología, Trabajo Social, Educación y Farmacia con el fin de procurar una aproximación integral que recupere los aspectos físicos, biológicos, sociales,

psicológicos, emocionales y culturales del proceso de embarazo al momento de la atención de las mujeres.

Sin embargo, no se evidencia la participación de la población femenina en la formulación del Manual, un factor que genera vacíos y sesgos en la comprensión del mismo, en la generación de servicios y en la atención, situación que reproduce desigualdades históricamente constituidas, en las que se ejerce un poder en el juego “de relaciones móviles y no igualitarias” (Foucault, 1998, p. 56), descartando explicaciones, información, datos y posibilidades que devienen de la aprehensión de las experiencias de las mujeres para el abordaje del proceso de embarazo.

(...) hay una estructura cultural que asume que el personal de la salud tiene una autoridad sobre los pacientes, en este caso las pacientes, y eso se ha naturalizado, se expresa en formas de violencia no solamente obstétrica sino en otros ámbitos de lo médico también, donde se asume verdad que el personal de salud y vean que no estoy diciendo únicamente los médicos, sino todas las personas que están involucradas en un centro de salud, ejercen de manera autoritaria el poder que tienen en su conocimiento o en su puesto, y eso asume que las mujeres son un sujeto pasivo y eso es todo una estructura cultural porque es una actitud que tiene el personal de la salud y algunas mujeres también, asumirse como sujetos pasivos, que simplemente van a recibir la atención (Sandra, comunicación personal, junio del 2017)

Es decir, en la atención en salud en el caso de la medicina alienta el poder disciplinario al transformar el conocimiento en un instrumento de valorización y de extracción de las mujeres para vigilar y patológica el embarazo, lo cual termina reproduciendo relaciones desiguales y violencia en razón de la posición que se ocupe en la jerga del género, del saber y del poder.

Adicionalmente, se reconoce que, en la operacionalización del manual, existen barreras a las que se le deben hacer frente “la necesidad de mayor sensibilización y estandarización de concepto relacionados al tema, lo que puede ser subsanado con adecuado proceso de sensibilización y capacitación con el personal de salud involucrado en la atención de las mujeres gestantes y sus familias” (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014, p. 21).

No obstante, es esencial que dentro de las capacitaciones y procesos de sensibilización se reconozca la importancia de interiorizar los conocimientos, las prácticas, entrever la situación de las mujeres, la violencia que se gestan en su contra producto de las relaciones históricamente desiguales, de las vulnerabilidades de las que son sujetas, prescribiendo y

suscitando un cambio cultural que procure el goce de los derechos y la satisfacción de las necesidades en la diversidad de las mujeres y las personas que le rodean.

Además, en el manual, se anexa información importante relacionada a la atención prenatal, del parto y postparto introduciendo temas como la alimentación, los cuidados bucodentales de las mujeres, mitos y temores, uso de sustancias psicoactivas, complicaciones durante el embarazo, sexualidad, depresión postparto, autocuidado, cuidados de la o el recién nacido y planificación familiar, y otros (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014) aspectos que encierran las particularidades del proceso de embarazo y que son necesarios desplegar a lo largo de la atención que proporcionan los servicios de salud a las mujeres como requisito en el desarrollo social del proceso de embarazo.

Síntesis de las Políticas Públicas en materia del derecho a la salud de las mujeres durante el proceso de embarazo y posparto.

En Costa Rica, existen instrumentos políticos y normativos en materia de salud, no obstante, se constatan vacíos en cuanto a los derechos de las mujeres durante el proceso de embarazo, debido que gran parte de las estrategias se centralizan, se ocupan y preocupan en el feto o nacido/nacida. A la vez, en la descripción realizada de estos instrumentos se visualiza la persistencia de la visión paternalista del Estado que limita la visión y exigibilidad de los derechos de las personas, reduciendo la autonomía, la participación, restringiendo la libertad de decidir, agudizando y reproduciendo las desigualdades y valores patriarcales que afectan a las mujeres; aspectos que se ejemplifican en los aportes de las personas entrevistadas para la investigación.

Las políticas públicas constituyen un medio que consigna luchas históricas del género femenino, sin embargo, no son acabadas por tanto es fundamental enriquecer constantemente su origen, cuestionar la situación de las mujeres es una tarea continua que requiere reflexiones abiertas, equiparadas a las realidades cotidianas y las nuevas demandas.

En la formulación de las políticas en salud y el manual, persisten nociones parcializadas de la lactancia, salud sexual y salud reproductiva, de violencia, multiculturalidades y del proceso de embarazo, producto de las desigualdades impuestas por los sistemas ideológicos y económicos imperantes en la sociedad, que requiere contrarrestarse mediante esfuerzos conscientes entre las acciones escritas/descritas y las prácticas que se realizan, derribando barreras y promoviendo equidad entre los géneros.

Existen temas en común dentro de las estrategias que definen las políticas, entre estos que la salud corresponde a una necesidad básica, que permite a las personas en su cotidianidad, la generación de actividades que le facilitan y contribuyen al desarrollo personal y de la sociedad.

Parte de los aspectos que convergen las políticas, se relaciona a los derechos sexuales y reproductivos, previendo especificidades en las mujeres y otras poblaciones que integran la sociedad, colaborando con crear espacios de información, de diálogo que orienten a las personas en esta materia.

Pese a esto, en las políticas persiste una visión desligada del goce y el placer sexual de las personas y específicamente en las mujeres durante el proceso de embarazo, limitando la sexualidad, prácticas placenteras y la salud integral. Un punto vital en la constitución de políticas en materia del derecho a la salud se relaciona a la necesidad de posicionar en espectro y la institucionalidad el papel de las mujeres y del proceso de embarazo en la sociedad patriarcal-capitalista, desnaturalizando cuestiones como la violencia, la maternidad, los estereotipos, la discriminación, roles sociales y relaciones de poder, que profundizan las inequidades y desigualdades de género.

Además, es importante integrar en las políticas en salud y de género la violencia obstétrica como un problema social y de salud pública, con el fin de propiciar acciones que faciliten a las personas en su conjunto trabajar colectivamente en busca de cambios en la estructura social para la reproducción de la vida.

Capítulo III Análisis de la atención pública en salud de las mujeres durante el proceso de embarazo y posparto a partir del Manual Técnico en Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias (2014)

Este capítulo, se ocupa de analizar los servicios de salud direccionados a la atención pública de las mujeres durante el proceso de embarazo, a la luz del Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias (2014), las voces y experiencias de las mujeres participantes de la investigación y la perspectiva e información que brindaron las y los informes claves; a fin de comprender los pasos, las vías y las decisiones que toma el Estado y las instituciones que ejecutan las políticas relacionadas a la salud.

Teniendo en cuenta que la salud es una necesidad básica que posibilita la producción de la vida social, la atención es un aspecto fundamental que constituye un proceso complejo, entrecruzado por la socialización, sistemas (político, económico, ideológico, cultural), actores sociales (autoridades del gobierno, instituciones, el personal, partidos políticos, sociedad civil, población, etc.) y la cotidianidad que interactúan determinando su desarrollo y la satisfacción de necesidades en el ejercicio del derecho.

En Costa Rica, la atención de la salud emana de ordenamientos jerarquizados atribuidos al Ministerio de Salud, instancia responsable de direccionar la política en salud, mercadotecnia, vigilancia, planificación estratégica, modulación del financiamiento de los servicios en salud, armonización de la provisión de los servicios, regulación y evaluación del impacto de las acciones en salud (Artículo 3, Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, 2011, p. 71-72)

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se circunscribe en esta labor, y se ha caracterizado por ser la instancia del aseguramiento de la salud pública

La CCSS es la institución responsable de proveer servicios públicos del seguro de salud y maternidad a toda la población. Estos servicios se planifican desde los diferentes niveles jerárquicos y administrativos de la institución. (...) La provisión de los servicios está a cargo de establecimientos organizados en tres niveles de atención, relacionados entre sí por mecanismos de referencia y contrarreferencia de paciente. (Organización Panamericana de la Salud, 2004, p.10)

Desde esta lógica, se elaboran estrategias y políticas para la prevención de enfermedades, promoción, atención, cuidado y rehabilitación de la salud, en busca del bienestar

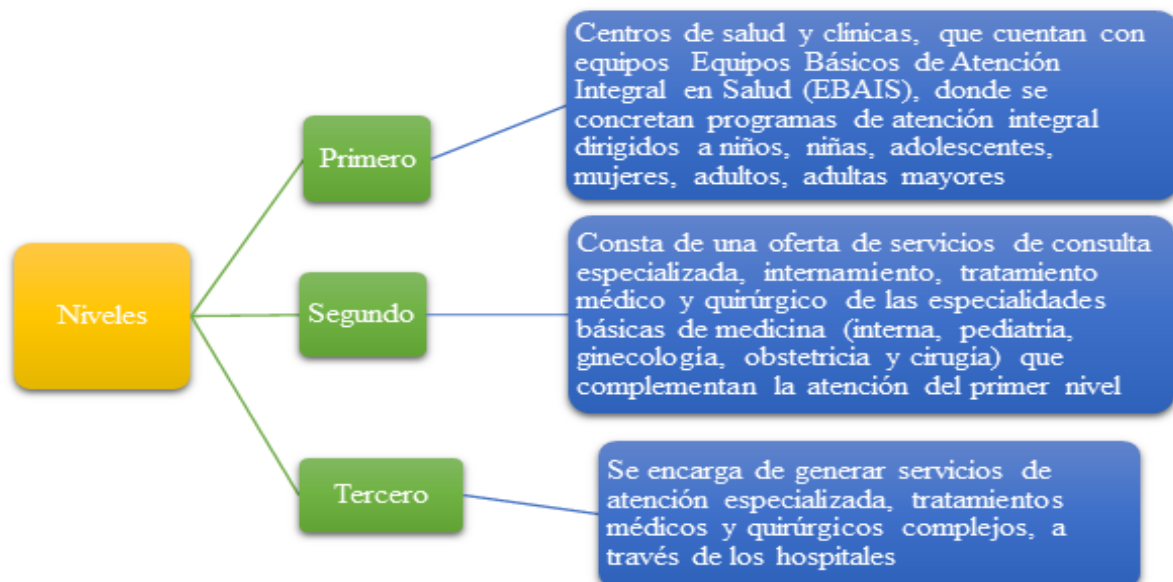
de las personas usuarias de los centros de salud, entre estas las mujeres durante el proceso de embarazo.

Es decir, ambas instancias se ocupan de la creación de políticas, pero a esto existen dificultades para la articulación entre instituciones.

Tiene que ver, a veces, con la falta de conexión entre el diseño de la política y la ejecución de la política, porque se supone que el Ministerio de Salud es el que diseña las políticas y la CCSS es la que las ejecuta lo que pasa es que a veces ha habido poco interés de parte del Ministerio de Salud Pública para este tipo de temas (objeto de investigación). (Sandra¹⁴, comunicación personal, enero 2017)

Esto genera el deterioro del sistema de salud, ya que fragiliza los derechos de la población, situación que demanda del Estado un abordaje amplio para consolidar, administrar, gestionar y ejecutar la política en salud a corto, mediano y largo plazo. Anteriormente, se mencionó que la CCSS consolida los servicios a partir de tres niveles que proveen la atención requerida por las mujeres durante el proceso de embarazo.

Figura N° 17 Niveles de atención de la CCSS

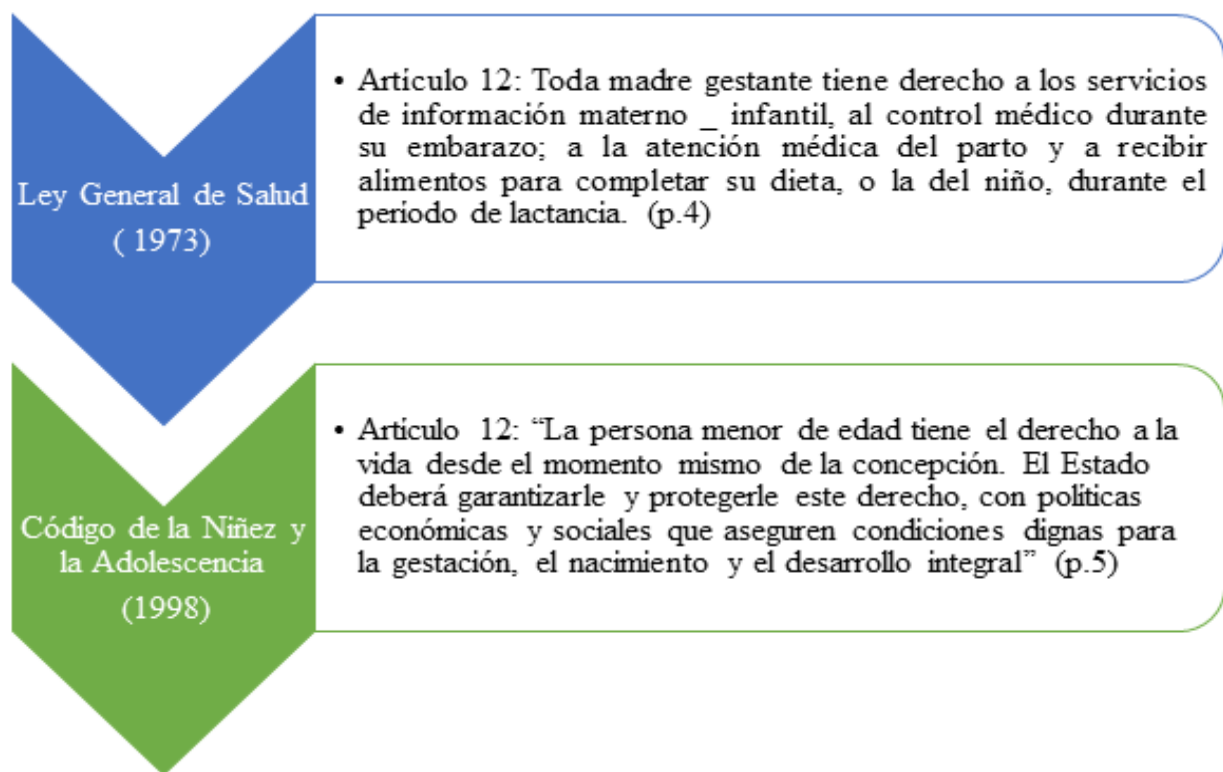


Fuente: Elaboración propia, con base en el Perfil de los Sistemas de Salud Costa Rica (2009)

¹⁴ Entrevista semi estructurada a Informante clave para el sustento teórico de la investigación.

Estos niveles se rigen bajo el modelo integral, el cual designa abordajes amplios de las características de las personas, analizando determinantes biológicas, sociales, contextuales, psíquicas y espaciales ligadas a la salud, visibilizando las particularidades y necesidades presentes, para canalizar estrategias y recursos que den respuestas concretas y produzcan bienestar a la población. Por tanto, la estructuración de los servicios de salud y la integración del modelo consolidan la atención en salud de las mujeres durante el proceso de embarazo, que derivan de los planteamientos de la Ley General de la Salud y el Código de la Niñez y Adolescencia.

Figura N° 18 Legislación del derecho a la salud en las mujeres gestantes



Fuente Elaboración propia, a partir de revisión documental acerca de legislación relacionada con el tema en cuestión (2017).

Ambos instrumentos jurídicos preceden responsabilidades concretas del Estado para asegurar la intervención y atención particularizada de las mujeres, permitiendo la identificación de situaciones de vulnerabilidad, necesidades, consideraciones físicas, emocionales, psicosociales y económicas que coexisten en el proceso de embarazo con el propósito de proteger sus derechos y garantizar la salud.

La respuesta creada por la CCSS para puntualizar la política, los servicios y el modelo integral en salud es el Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias (2014), este expresa las vías atinentes en materia de atención y de los derechos de las mujeres durante el proceso de embarazo. Bajo este marco, se retoma las experiencias y percepciones de las sujetas de investigación para constatar las acciones u omisiones que se presentan a lo largo del proceso de embarazo en los centros de salud pública extrapolando los aspectos positivos y por mejorar de la atención.

3. 1 Atención pública en salud de las mujeres durante el proceso de embarazo según el Manual Técnico de Educación Perinatal (2014)

La atención de las mujeres durante el proceso de embarazo se fundamenta a partir del desarrollo de las etapas que lo constituyen, su correlación y las diferencias existentes, desde un enfoque integral. En primera instancia, el manual plantea la atención prenatal, vista como “un conjunto de actividades que deben realizar los servicios de salud en los diferentes ámbitos de acción, que permiten asegurar condiciones adecuadas en relación al cuidado de la salud de las mujeres embarazadas y de sus hijas (os)” (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014, p.150).

Este trabajo se adhiere a las disposiciones establecidas por la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979) que expresa las medidas que deben optar los países miembros para eliminar la discriminación contra la mujer en la atención en salud “a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia” (Artículo 12, p.6).

En ese sentido, el Estado debe proveer a las mujeres “servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia” (CEDAW, 1979, p.6), para garantizar su protección y el cumplimiento del derecho a la salud durante el proceso de embarazo. Dicho contexto sugiere un trabajo continuo y articulado entre diferentes sectores de la sociedad (gobierno, instituciones, partidos políticos, sociedad civil, población) en busca de la promoción y el cuidado de la salud, y la estimulación de la participación de las mujeres en los procesos productivos de la sociedad.

La atención prenatal inicia al confirmarse el embarazo mediante una prueba de laboratorio o un ultrasonido, referido por el o la médica del servicio al que acuden las mujeres:

Fui a consultar con mi médico de preferencia, (...) le comento que vengo con un dolor de ovarios, como dolor de pechos, y me dice aprovechando que le estoy haciendo la consulta te voy a hacer un ultrasonido, entonces ahí me doy cuenta que estoy embarazada y tengo 7 semanas (...) y ahí él me hace todos los papeles para la primera cita prenatal. (Paola, comunicación personal, febrero 2017)

A partir de esto, se genera un historial clínico perinatal de las mujeres con los datos generales (identificación, signos vitales, peso/talla, antecedentes familiares, obstétricos, espacio intergenésico, examen físico completo, esquema de vacunación, exámenes de laboratorio y tratamiento médico si lo toma) (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014).

Este ejercicio permite a las mujeres y a las familias en conjunto con el personal de salud, tomar decisiones, configurar rutas de acción relacionadas a las particularidades que presentan en el proceso de embarazo (físicos, psicosociales), evaluando situaciones de riesgo, abordajes diferenciados y la necesidad de incluir profesionales de diferentes ramas (Trabajo Social, Pediatría, Psicología, Terapia Física, etc.) que atienda necesidades específicas.

En cada cita a la que acude la gestante es importante que el personal de Salud converse con ella y su acompañante sobre temas como: los derechos de la mujer, el niño(a) en los servicios de salud, importancia de asistir al control prenatal, lactancia materna, signos y síntomas de alerta en el embarazo, violencia intrafamiliar, desarrollo intrauterino, cuidados del recién nacido, crecimiento y desarrollo del niño(a), promoción de las actividades que estimulen el desarrollo del vínculo del nuevo ser con los padres. (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014, p153)

Por ende, la atención debe originarse en espacios seguros y confiables, en el que las personas partícipes del proceso (mujeres, familiares, acompañantes, parejas) puedan manifestar sus dudas, conocimientos e ideas, propiciando el bienestar y el compromiso real con el ejercicio de los derechos.

Una parte fundamental de la atención de las mujeres gestantes consta del aseguramiento, el personal administrativo de la CCSS debe gestionar el seguro en salud a través del Reglamento del Seguro de Salud (2006) y las diferentes categorías que se vinculan (Artículo 9º: Del aseguramiento voluntario, Artículo 12º: De la protección del beneficio familiar artículo, Artículo 62: Asegurados por el Estado en condición de pobreza) orientando a las mujeres y sus familias en los procedimientos a seguir, a fin de ser sujetas de atención y garantizar el derecho a la salud. Actualmente, se han señalado situaciones relacionadas al condicionamiento del

seguro y el derecho a la salud, que ponen en cuestionamiento la labor del Estado y de sus instituciones

La Defensoría de los Habitantes intervino ante la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para que se garantice la atención prenatal, sin cobro alguno, a las mujeres embarazadas que no pueden sufragar ninguna modalidad de aseguramiento; otorgándoles el seguro por el Estado. Esta solicitud de la Defensoría se da como resultado de una investigación en la que se constató, entre otras cosas, que la CCSS ha denegado el aseguramiento por el Estado a mujeres embarazadas por encontrarse morosas con el seguro voluntario, emitiéndose facturas a su nombre, por la atención prenatal brindada. (Defensoría de los Habitantes, 2017, pp.1-2)

Las mujeres sujetas de investigación no manifestaron dificultades de aseguramiento, sin embargo, se muestran debilidades en el sistema administrativo de la CCSS, relacionado al modelo burocrático que no se ajusta al contexto, que enfrasca la salud en la provisión de mínimos decentes (Stolkiner, 2010) considerados por sectores hegemónicos equivalentes a las necesidades básicas.

Bueno la verdad para mí ese día fue el peor, bueno yo llegué, yo fui temprano y tenía el seguro, pero en ese momento no andaba el carnet, bueno en ese momento es como no tuviera nada porque no me podían atender sin el carnet entonces tuve que hacer primero esa gestión de buscar ir a validación de derechos y después a afiliación y ahí duré como 3 horas. (María, comunicación personal, enero 2017)

Lo anterior, manifiesta la intromisión de la ideología neoliberal, que administra acciones en favor del mercado económico a través de la promoción de estrategias paliativas a la realidad, anulando o transformando las existentes, situación que se expresa en el trabajo y la calidad de los servicios (saturando los servicios, reducción de presupuestos, insumos) y el abordaje temprano de las mujeres

Lo básico expresa algo fundamental, principal, primordial, que sirve de base de sustentación indispensable y fecunda a la cual se suma. Por consiguiente (...) constituye el prerrequisito o condición previa suficiente para el ejercicio de la ciudadanía en su acepción más amplia. Así, mientras que mínimo presupone supresión o cortes en la atención, como propone la ideología liberal, básico requiere inversiones sociales de calidad para preparar el terreno a partir del cual pueden prestarse servicios mayores y optimizados. En otros términos, en cuanto el mínimo niega el “óptimo” de atención, el básico es el principal resorte que impulsa la satisfacción de necesidades básicas en dirección al óptimo. (Potyara 2002, p.18)

Por lo que se mantiene la equiparación de las necesidades básicas que constituyen el principio de los derechos a mínimos, desprovista de insumos que satisfagan las necesidades presentes en las mujeres durante el proceso de embarazo, afectando su calidad de vida y las dimensiones que la determinan (estudio, trabajo, del hogar, económica, familia).

En esta dinámica, el manual representa un recurso indispensable que bajo el enfoque integral particularizado, entrevé requerimientos a través de una oferta básica de servicios y actividades, procura soluciones a situaciones específicas y la creación de fuentes de apoyo, entrevistando los recursos disponibles (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014) acercando las acciones descritas en la política a la atención de las mujeres durante el proceso de embarazo para salvaguardar el derecho a la salud.

Al consultar a las mujeres participantes de la investigación la asignación de citas periódicas con el personal de salud para el control prenatal, todas expresaron acceso a servicios de salud a partir de las consultas gestionadas por ellas tras indicios de embarazo, seis de ellas asistieron por lo menos una vez al mes durante la mayor parte de su embarazo y al acercarse el trabajo de parto se registraba citas cada 8 o 15 días, para prever situaciones de bajo y alto riesgo, que pueden afectar la salud del binomio.

Las otras cinco mujeres fueron citadas con más frecuencia al existir factores de riesgo (presión baja, síndrome de Bartter, contracciones fuertes durante los primeros meses, amenaza de aborto) que ponían en peligro su salud y la de los no nacidos.

Empezamos aquí en el EBAIS de Dulce Nombre, a raíz del alto riesgo de las otras pérdidas me mandaron control con ginecología que es el EBAIS de la Pitaya que está por el hospital, porque es el único que tiene ginecóloga en el área, entonces seguía en el EBAIS, pero con ginecóloga y ella me dijo que ya no volviera más al EBAIS de aquí, (...) entonces ya no volví al de Dulce Nombre y seguí yendo con ella. Luego ella me pasó igual (...) al Hospital a Perinatología con una de las doctoras ginecólogas del Hospital entonces me dijo que me fuera para allá, porque ya estaba más avanzado y ocupaba hacer ultrasonidos y que ella no tiene (...) en cambio la otra doctora si tenía la máquina de hacer ultrasonido entonces me pasó para allá y de nuevo esa doctora me prohibió volver a la ginecóloga anterior, entonces ya no podía ir al EBAIS de Dulce Nombre ni a la ginecóloga del EBAIS, estaba con la ginecóloga del Hospital. Entonces me atendían dentro del hospital en una oficina de ginecología el resto del embarazo como desde los 6 en adelante ya fue solo en el Hospital. (Valentina, comunicación personal, enero de 2017)

En esta situación, se evidencia el funcionamiento de los niveles que provee la CCSS para el abordaje de requerimientos y necesidades que manifieste el binomio durante el proceso de embarazo, configurando la atención a servicios especializados referidos en el segundo o tercer nivel, que cuentan con equipo avanzado y personal especializado en esta materia. Además, se advierten las limitaciones que enfrenta el primer nivel (carencia de equipo tecnológico), lo que afecta el desarrollo y el quehacer cotidiano (disponibilidad de recursos, saturación en los servicios, recarga laboral) de los servicios de atención de las mujeres en proceso de embarazo.

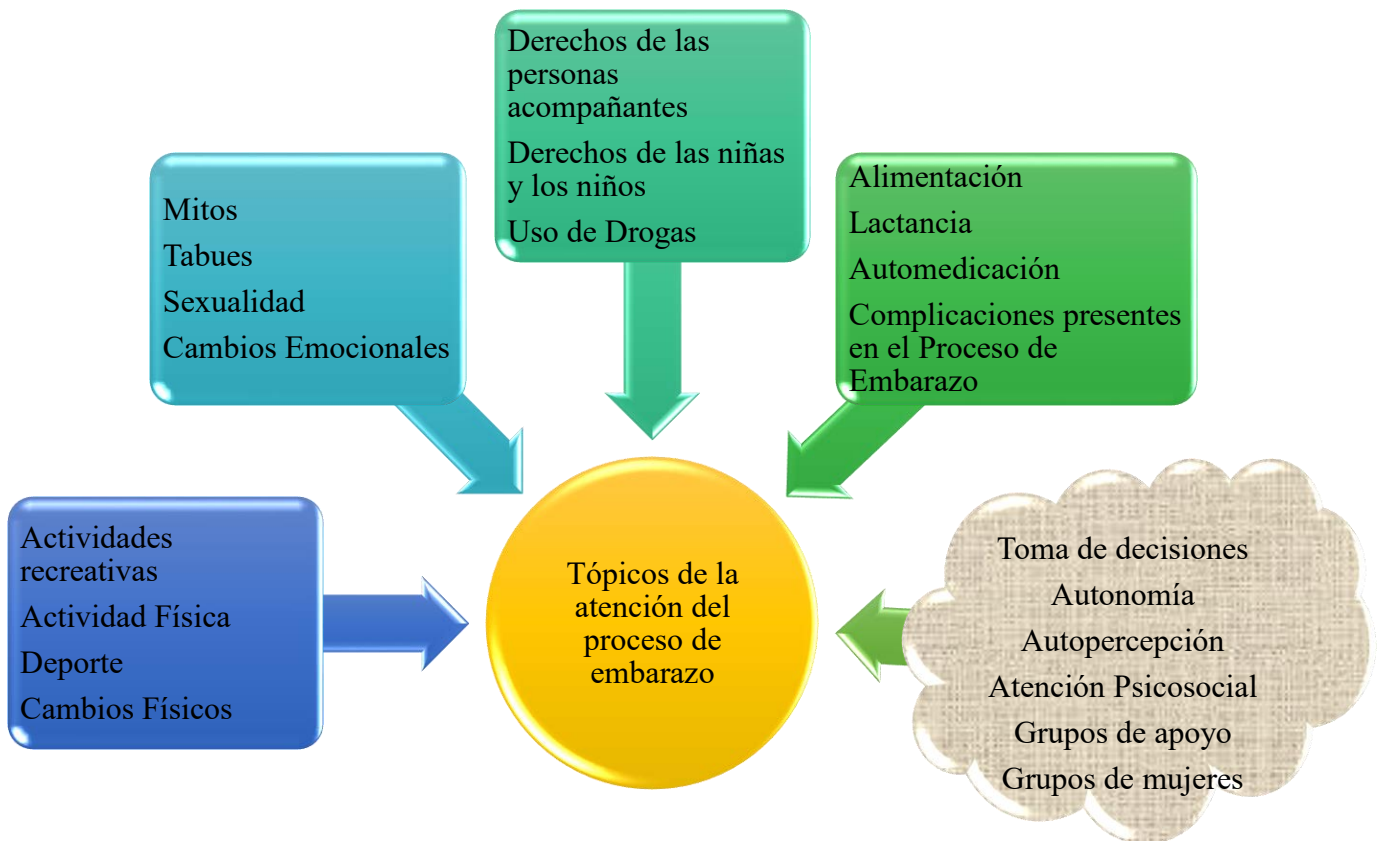
Un ejemplo de lo expuesto, es la asignación de montos, el Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica (2004) explica “diferencias inexplicables en los montos asignados a las áreas de salud para el primer nivel de atención, debido a que no responden a necesidades de salud ni al perfil epidemiológico” (p.34) que se traduce en “desigualdades en la atención que reciben las y los habitantes según regiones y lugar geográfico de residencia” (p.36).

De ahí, la importancia de generar procesos que distribuyan los recursos equiparados a la población y las regiones, proveer equipo avanzado que asegure una atención integral y de calidad, programas referidos al goce y ejercicio de los derechos, para garantizar así el cuidado y bienestar de las mujeres durante todo el proceso de embarazo.

3.2 Tópicos en la atención en salud de las mujeres durante la atención prenatal y posparto.

A través del manual, la CCSS traza un camino desde diferentes tópicos, que proveen al personal de salud en su quehacer cotidiano herramientas que facilitan el abordaje con las mujeres, sus familiares, parejas o acompañantes. Dichos tópicos enmarcan las aristas de la atención prenatal y postparto, que en conjunto configuran un abordaje integral, participativo en el que las personas involucradas en el proceso de embarazo (mujeres, familia, pareja, personal de salud) sean protagonistas, tomen decisiones, lleguen a consensos, prevaleciendo sus derechos.

Figura N° 19 Tópicos de abordaje de la atención prenatal y posparto.¹⁵



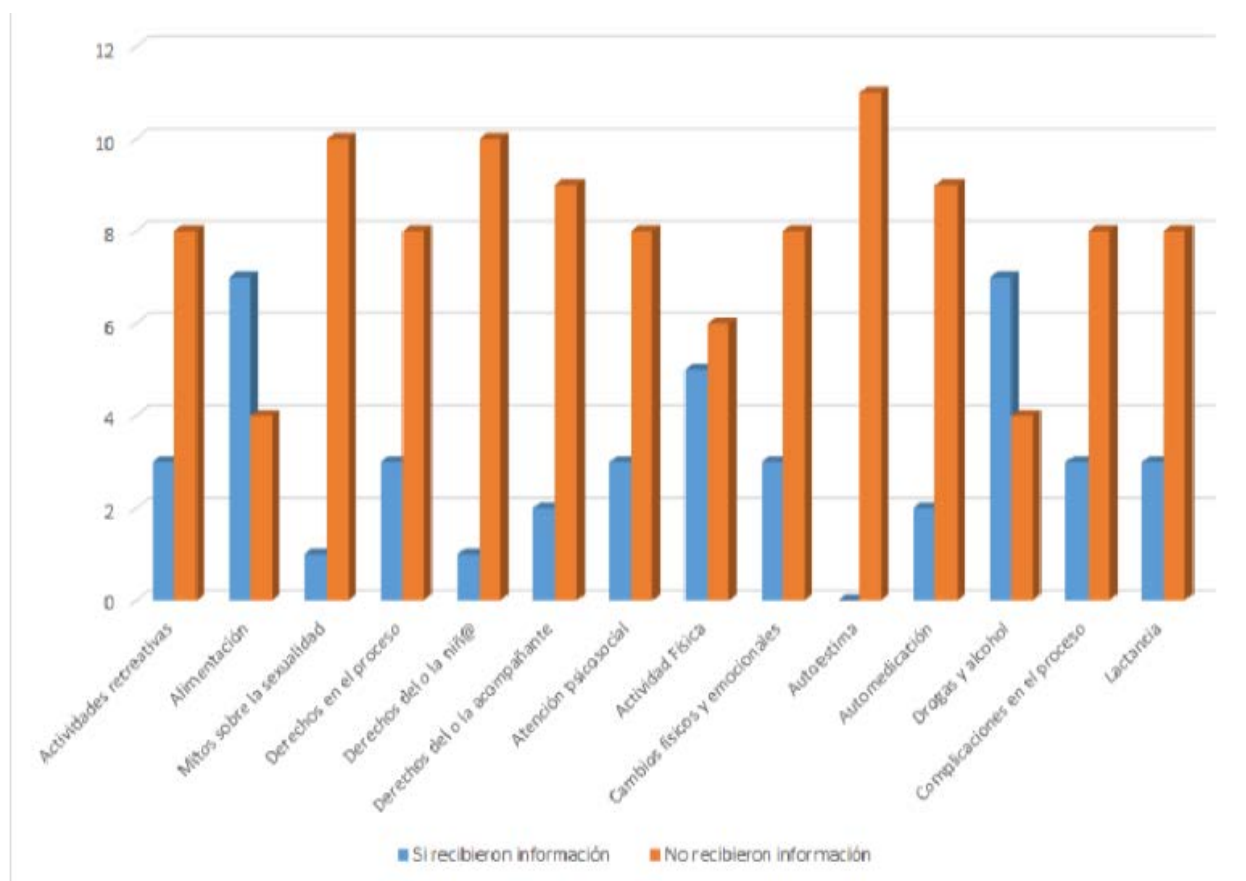
Fuente: Elaboración propia y a partir del Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014.

De esta forma, los tópicos que instauro el Manual buscan proteger integralmente la salud del binomio, y a través de la integración de otros tópicos como la toma de decisiones, autonomía, autopercepción, atención psicosocial, grupos de apoyo y grupos de mujeres, se puede favorecer la construcción de criterios para que las mujeres se reconozcan dueñas del proceso de embarazo, a fin de romper con la idea de que “la mujer viva su cuerpo durante el embarazo con miedo y desconfianza, vivencia que facilite la apropiación de la atención de sus cuerpos embarazados por parte de los expertos/as profesionales médicos” (Blázquez, 2005, p.8).

¹⁵ En la Figura N° 19 Tópicos de abordaje del proceso de embarazo, la imagen diferente representa una construcción propia de las investigadoras, y que son necesarias de incluir en la atención pública de las mujeres durante el proceso de embarazo.

En ese sentido, las temáticas fijan un camino de abordaje del proceso de embarazo, en el que figuran acciones u omisiones en la atención, que están vinculadas a las relaciones sociales que derivan de estructuras ideológicas, culturales, políticas y económicas que se interrelacionan e interfieren en el quehacer institucional y en las experiencias de las mujeres sujetas de investigación durante el control prenatal y el postparto, el siguiente gráfico reconoce los resultados de las entrevistas a mujeres participantes de la investigación relacionados a los tópicos de atención.

Gráfico N° 1 Tópicos del control prenatal

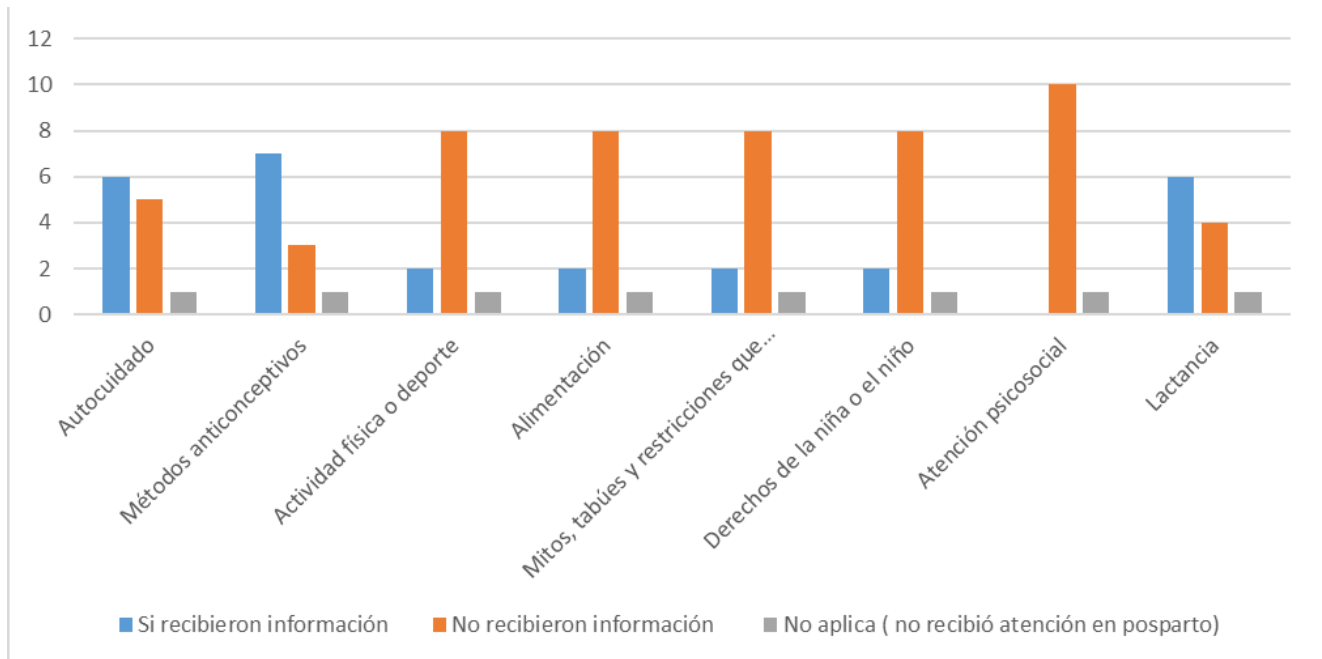


Fuente Elaboración propia (2017), a partir de las entrevistas realizadas a mujeres participantes de la investigación.

El gráfico anterior, vislumbra los temas que predominan en el abordaje efectuado por el personal de salud en la atención prenatal; siete mujeres fueron orientadas en el tema de la alimentación y el uso de drogas y alcohol, seis recibieron información de actividad física, tres indicaron que se les hablo de actividades recreativas, derechos en el proceso, atención psicosocial, cambios físicos y emocionales, complicaciones en el proceso y lactancia, dos se

les mencionó sobre mitos en la sexualidad, derechos del o la niña, derechos del acompañante y automedicación; por último lo referente a la autoestima ninguna mujer fue instruida en esta materia.

Gráfico N° 2 Tópicos de la atención posparto



Fuente Elaboración propia (2017), con base en las entrevistas realizadas a mujeres participantes de la investigación.

En relación con la atención del puerperio, el gráfico N°2 constata que siete de las mujeres recibieron información de métodos anticonceptivos, lo cual constituye el tema mayormente abordado por el personal de salud con las mujeres, seis se les orientó en autocuidado y lactancia, dos se les habló de actividad física o deporte, alimentación, mitos, tabúes y restricciones que dificultan la sexualidad después del embarazo, a una le expresaron los derechos de la niña o el niño y una de las mujeres no tuvo citas en esta etapa.

De esta manera, se establecen aspectos importantes de entrever que expresan las similitudes y diferencias entre lo establecido en el Manual Técnico de Educación Perinatal (2014) y lo efectuado en los servicios de salud en la atención de las mujeres durante el proceso de embarazo.

3.2.1 Derecho a la información

La información representa un elemento constitutivo de la sociedad que faculta la construcción de razonamientos, criterios y conocimientos para tomar decisiones, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (2015) en salud manifiesta que “los proveedores de servicios tienen la responsabilidad de proporcionar información clara y precisa, utilizando lenguaje y métodos comprensibles para la persona usuaria, y facilitar un proceso de decisión completo, libre e informado” (p.24).

Al transversalizar el género el derecho de la información se transforma y condiciona a un sector de la población, “la neutralidad de los actores respecto al género es una ilusión, debido que todos somos seres socialmente sexuados y generizados, y esa parte de nuestra identidad subjetiva participa en la ideología y las acciones que efectúan los actores dentro de las redes tecnocientíficas” (Haraway citada en Sanz, 2006, p.194). En las entrevistas realizadas a las sujetas de la investigación, se evidencia debilidades que inciden en el ejercicio del derecho a la salud durante la atención en el control prenatal y en el periodo postparto

Sí, y yo diría también que yo la sonsacaba, (...) yo puedo entender ven mucha gente, ellos ven lo que necesitan ver y el que sigue; uno necesita saber. Entonces yo si le preguntaba mucho como la ve, como está el líquido, como está la posición, como está el cordón, bien, bien todo está bien. Yo diría que no se negaron a darme la información cuando la pregunté, pero no la brindaban, porque ellos veían lo que necesitaban ver para cumplir con la cita y el que sigue, pero para que yo lo supiera yo lo sonsacaba, pero no se negaban, si me la daban. (Valentina, comunicación personal, enero 2017)

Teniendo en cuenta que la reproducción de desigualdades no sólo se engendra entre hombres y mujeres, sino en ámbitos institucionales, lo anterior constata el control y dominio de las mujeres que limita la clarificación de dudas y de cuestiones relacionadas al proceso de embarazo, el ejercicio de la autonomía, la libertad y los derechos.

(...) la socialización de género fomenta y propicia la agresión contra las mujeres, esta no es su causa de fondo ya este proceso no ocurre en el vacío. El trasfondo del proceso de socialización genérica es una estructura social de inequidad y opresión. El objetivo central de la socialización es obligar a las personas a adaptarse a las normas de su sociedad y, esta sociedad está estructurada con base en la desigualdad y la opresión de género. En ese sentido, el proceso de socialización de género reproduce y justifica en cada individuo esas jerarquías, principalmente la jerarquía entre los sexos, y los patrones de dominación y

opresión institucionalizada existentes, ya que la transmisión de la ideología de la opresión es el elemento central de la socialización. (Sagot, 2008, p.39)

En consonancia con lo anterior, la dimensión de la salud referida a aceptabilidad, específica que los servicios de salud deben ser sensibles a los requisitos del género. De manera que el Manual de Educación Perinatal para las Mujeres Gestantes y sus Familias (2014) así como estipula que, a través de la orientación e información a las mujeres, se elabore un plan de parto, en el cual se haga saber al personal de salud las preferencias, intervenciones y condiciones que las mujeres señalan para el trabajo de parto y parto, constatando la apropiación del proceso, la construcción de criterios, discernimientos y la toma de decisiones. Las mujeres sujetas de investigación circunscriben una realidad diferente a esta propuesta en el quehacer institucional de los servicios de atención

La verdad siento que la atención no era la mejor, porque esas enfermeras que hacen primero la entrevista eran como un poco, ósea, lo trataban como una más, después de hecho ella me preguntó que si yo traía un plan de parto, yo no sabía qué era eso, entonces le pregunté, ya me dijo, es que hay mujeres que hacen un plan y quieren que poner velas y no sé qué, y se ponen y me dijo así “que se ponen a exigir cosas que aquí no podemos darles”, y me dijo que era eso que querían velas, o que las luces estuvieran más bajas o algo así me había dicho, entonces, ósea ellas mismas piensan que uno llega a exigiendo cosas. (María, comunicado personal, enero 2017)

Esto muestra como el personal de salud señala condiciones distintas a las planteadas en el manual, lo que restringe a las mujeres y sus familias la posibilidad de elegir y tomar decisiones que permitan el goce de sus derechos desde una visión integral.

La reproducción humana, no es un asunto meramente biológico, sino que es una actividad social, que está determinada por diferentes condiciones como son políticas, materiales y socioculturales, que establecen un modelo de atención basado en una ideología de la reproducción que dota de significación a todos sus elementos como el embarazo, parto, puerperio, y produce unas determinadas ideologías de la maternidad y la paternidad. (Blázquez, 2005, p.5)

Dicho de otra forma, la información se administra en función de la institución y de las personas que trabajan en está al brindar información parcializada, lo cual dispersa a las mujeres y sus familias, genera dudas, confusiones, la producción de mitos y miedos ante el proceso de embarazo transgrediendo los derechos que entrecruzan la salud.

En la dimensión de la salud referida a la **Aceptabilidad**, los servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida. A la vez, relacionado a los derechos (alimentación, vivienda, salud, educación) de las personas al nacer, la Declaración de Barcelona (2001) expresa

Todo recién nacido tiene derecho a recibir los cuidados sanitarios, afectivos y sociales que le permitan un desarrollo óptimo físico, mental, espiritual, moral y social en edades posteriores de la vida. La Sociedad es responsable de que se cumplan todos los requisitos para que este derecho sea respetado (p.1) (...) Todo recién nacido tiene derecho a beneficiarse de las medidas de seguridad y protección social existentes en cada país. Este derecho hace referencia tanto a las medidas de protección y cuidado de salud como a los ámbitos legales. (p.2)

Es decir, los servicios de salud deben proveer información completa de los derechos de las niñas y niños al nacer, sin embargo, en las experiencias de las mujeres, las personas que laboran en los servicios de salud, excluyen información o la producen de forma parcializada.

No, se supone que nadie le habla a uno de eso, porque todo mundo debería de saberlo. (Teresa, comunicación personal, enero del 2017)

En el libro de las vacunas, entonces el libro y le dicen los derechos y todo, pero es más una información escrita. (Paola, comunicación personal, febrero del 2017)

En ese sentido, persiste una concepción reducida de los derechos, que excluye un abordaje integral (estructura familiar, condiciones materiales, afectividad) de la vida de las personas al nacer, que se centraliza en el modelo de salud en el desarrollo fisiológico.

3.2.2 Auto percepción

La autoestima o auto percepción representa un ámbito fundamental en el desarrollo humano y social de las mujeres, Lagarde (2000) afirma

Es un conjunto de experiencias subjetivas y de prácticas de vida que cada persona experimenta y realiza sobre sí misma. En la dimensión subjetiva intelectual, la autoestima está conformada por pensamientos, los conocimientos, las intuiciones, las dudas, las elucubraciones y las creencias acerca de una misma, pero también por las interpretaciones que elaboramos sobre lo que nos sucede, lo que nos pasa y lo que hacemos que suceda. (pp. 28- 29)

En las experiencias de atención en salud referida por las sujetas participantes de investigación, la autopercepción no representa una dimensión que aborde el personal de salud

(...) uno termina es decir si yo no hubiese estado con mi esposo, que él sí me apoyado como mucho, yo digo uno si cae en la depresión postparto pero así facilísimo, rapidísimo, porque uno se siente hecho leña, uno no sirve para nada y tiene que atender un bebé 24 horas, que pide comida a cada hora yo digo, caer en la depresión es, yo lo entiendo perfectamente porque hasta uno se siente así abrumado, uno “siente dios mío que hice y ahora cómo voy hacer” y todo el asunto verdad, que si uno no tiene un apoyo real, yo digo fácilmente cae en la depresión postparto, yo digo eso es un segundo y ya uno está deprimido, saliendo del hospital ya uno está deprimido, porque uno además no sabe qué hacer con el bebé. (Dania, comunicado personal, febrero 2017)

Excluir la autoestima de la atención implica reproducir un modelo tecnocrático de nacimiento que divisa el embarazo “como un proceso únicamente fisiológico, donde pese al protagonismo del cuerpo de las mujeres, lo que ellas sienten, expresan y saben tiene poca o nula influencia sobre el proceso” (Jerez, 2015, p.2). Por ello, infringe los derechos de las mujeres al apartarlas del reconocimiento de sus particularidades, capacidades, fortalezas y debilidades que tienen para afrontar el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el puerperio.

Ya se ha visto que la inferioridad de la mujer procedía originariamente de que, en principio, se ha limitado a repetir la vida, mientras el hombre inventaba razones para vivir, más esenciales a sus ojos que la pura ficción de la existencia-, encerrar a la mujer en la maternidad sería perpetuar esa situación. Hoy reclama ella participar en el movimiento a través del cual la Humanidad intenta sin cesar justificarse superándose; no puede consentir en dar la vida más que en el caso de que la vida tenga un sentido; no podría ser madre sin tratar de representar un papel en la vida económica, política y social. No es mismo engendrar carne de cañón, esclavos o víctimas que engendrar hombres libres. (Beauvoir, 1949, p. 293)

El prescindir de la autopercepción en el abordaje del proceso de embarazo obstaculiza la producción de iniciativas participativas que aspiren revertir situaciones de desigualdad, inequidad y violencia en contra de las mujeres.

Uno de los problemas esenciales que se plantean a propósito de la mujer, según hemos visto ya, es el de la conciliación de su papel reproductor con su trabajo productivo. La razón profunda que en el origen de la Historia consagra a la mujer a las faenas domésticas y le prohíbe participar en la construcción del mundo, es su sometimiento a la función generadora. (Beauvoir, 1949, p. 55)

En tal asunto, es central integrar a las personas partícipes del proceso embarazo en servicios psicosociales o grupos de apoyo, en los que se perfile el enfoque de género, para abordar temas relacionados al empoderamiento, la participación, relaciones de pareja, los cambios físicos y emocionales que se manifiestan, en una forma de precisar las necesidades referidas a la autopercepción.

Solo me dijeron que obviamente si iba a tener esos cambios y que había que controlarse un poco porque hay veces uno se ponía enojada, pero brevemente nada más. (María, comunicado personal, enero 2017)

Mantener una visión reducida del proceso restringe la atención al ámbito biológico, pues produce análisis mecanizados y parcializados que vulnerabilizan la salud de las mujeres, incumpliendo con los derechos, la autonomía y la libertad de las mujeres; por esto es importante agenciar en conjunto con las mujeres propuestas que busquen redefinir desde la autopercepción el papel de las mujeres dentro de la sociedad, para facilitar la apropiación de las etapas que constituyen el embarazo, restituyendo los estereotipos constituidos de estas y la maternidad.

3.2.3 Derechos Sexuales

El manual expresa ideas y recomendaciones referidas a la salud sexual para las personas partícipes del proceso de embarazo (mujeres, familia, parejas, compañeros/as, profesionales y personal administrativo), que pretenden resguardar la satisfacción de los derechos sexuales.

Durante el embarazo ocurre una variedad de cambios fisiológicos, sociales, psicológicos y anatómicos, que afectan la sexualidad. Se debe explicar a la pareja los cambios físicos y emocionales que experimentarán trimestre por trimestre, incluyendo diversas posiciones sexuales y otras adaptaciones apropiadas para las diferentes fases del embarazo. Esto puede ayudar a las mujeres a explicar más cómodamente a su pareja lo que ellas desean y viceversa. (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014, p.214)

No obstante, al consultar a las mujeres participantes del estudio del abordaje de los derechos sexuales durante la atención prenatal y postparto, solamente a dos de ellas se les habló de esto en ambos períodos, haciendo énfasis en la reproducción y a la producción de leche. Se les dio prioridad las necesidades del o la recién nacida y al control de la natalidad. En relación con ello, Foucault (1977) manifiesta que desde inicios del siglo XVIII:

El cuerpo de la mujer fue analizado —calificado y descalificado— como cuerpo integralmente saturado de sexualidad; según el cual ese cuerpo fue integrado, bajo el efecto de una patología que le sería intrínseca, al campo de las prácticas

médicas; según el cual, por último, fue puesto en comunicación orgánica con el cuerpo social (cuya fecundidad regulada debe asegurar), el espacio familiar (del que debe ser un elemento sustancial y funcional) y la vida de los niños (que produce y debe garantizar, por una responsabilidad biológico-moral que dura todo el tiempo de la educación). (p.62)

En la actualidad, estas ideas prevalecen durante la atención de la salud al insistir en dominar la sexualidad de las mujeres, lo que desvirtúa sus necesidades sexuales y restringe el goce de los derechos que se expresan en este ámbito.

No, y yo tuve que averiguármelo luego (...) porque yo incluso cuando tenía orgasmos me dolía y sentía contracciones entonces yo tuve que averiguarme por cuenta mía y preguntando a todo el mundo porque me daba miedo, pero no, no me dijeron nada (...) yo siento que tal vez les daba un poco de pena o el hecho de fuera una más ellos olvidan que decirle a una y a otra no hay como un estándar de que decirle a todas digamos entonces no, no me dijeron. (Valentina, Comunicación personal, enero 2017)

Lo anterior, traza una línea divisoria entre lo planteado en el manual y lo ejecutado, las inconsistencias que muestran debilidades en el proceso de educación y de reflexión de la sexualidad por parte de las personas que trabajan en los servicios de atención pública en salud con las mujeres, parejas o compañeros/as.

(...) para mí en temas muy importantes sexualmente hablando el trauma que va a ser para usted el parto, yo siento que a usted deberían informarle, toma varios meses para que usted pueda sentirse normal, porque diay uno dice esto me pasa solo a mi ósea, no puedo me duele, me siento, ellos no le informan a usted nada. (Paola comunicado personal, febrero 2017)

Esta situación, dificulta el abordaje con las mujeres y sus parejas de prácticas (uso del condón, posiciones sexuales, juguetes sexuales) referidas a la protección de la salud ante las infecciones de transmisión sexual, el placer sexual, la corresponsabilidad, la restricción de la autonomía para decidir cómo quieren ejercerla; reproduciendo mitos y tabúes, que afectan el deseo y la satisfacción sexual.

(...) muchísimas mujeres pueden ser coaccionadas por ejemplo para volver los hombres como no tienen ni idea la magnitud que ha sido tener un parto este día ellos creen que pasa la cuarentena y ya entonces este yo pienso que la CCSS debe promover más ayudar más psicológicamente a las mujeres. (Paola comunicado personal, febrero 2017)

De esta manera, las desatenciones de la salud sexual de las mujeres constatan valorizaciones y preceptos que mantienen las y los profesionales en salud alrededor de derechos sexuales, sea por desconocimiento o resistencia.

Los derechos sexuales de las mujeres este es uno de los lugares como más oscuros de la atención médica hay una moralización de la forma en que las mujeres viven su sexualidad, hay incluso cierto tipo de lenguaje que utilizan los médicos sobre cuáles son las prácticas sexuales correctas e incorrectas no solo la vida general de las mujeres sino también en este proceso (...) hay un nivel de desinformación bastante importante, no es culpa de las mujeres, es culpa del sistema educativo y culpa del sistema médico porque si tu sistema educativo falló explicándote este tipo de cosas, se supone que para eso está el médico de decirle a la mujer usted puede tener relaciones sexuales como usted quiera, como usted se sienta cómoda es usted ni siquiera el hombre (...) lo que pasa es que aquí estoy diciendo un montón de cosas que en la moralidad común de la sociedad y por supuesto que de los médicos tampoco es aceptable, porque los médicos se sientan incómodos ellos mismo nos lo expresan, se sienten incómodos hablando de la sexualidad. (Sandra, Comunicación personal, junio 2017)

Esto se debe, principalmente, a que la sexualidad de las mujeres está confinada a la reproducción humana, lo cual restringe su participación a ámbitos de subordinación en la cultura “tanto más largo sin duda cuanto que lo propio del poder- y, en especial, de un poder represivo como el que funciona en nuestra sociedad, el cual presta particular atención las energías inútiles, la intensidad de los placeres y las conductas irregulares” (Foucault, 1977, p.9) limitando e infringiendo el ejercicio de los derechos sexuales de las mujeres.

(...) creo que también sería bueno (...) como más información, más promoción que tengan un brochure mira estas son las cosas que tienes que hacer o que no tienes que hacer, puedes hacer esto, sabias que también si uno viene de una abuelita o de una mamá que han sido recatadas y no han hecho muchas cosas y uno le dicen cuidado usted va a tener relaciones sexuales, cuidado esto y lo otro, entonces si a uno le dicen eso, uno llega y se lo cree, pero que ellas tengan la información usted sabía que esto y esto se puede realizar siempre y cuando su esposo la cuide y tener cuidado con el bebé, esas son las posiciones que usted podría tener relaciones sexuales que se yo que tengan esa información. (Paula, comunicación personal, febrero 2017)

Por consiguiente, es urgente formular propuestas que aborden y destituyan conductas conservadoras moralistas patriarcales, de la atención del proceso de embarazo, ya que dentro de las obligaciones de la CCSS y las personas que laboran en los servicios de salud consiste en facilitar bajo el enfoque de educación sexual, conocimientos y criterios que irrumpa con mitos,

faciliten métodos de protección, para el desarrollo de la sexualidad procurando su disfrute y satisfacción.

3.2.4 Derechos reproductivos

Los derechos reproductivos constituyen parte del abordaje en el manual que se apoya en Amartya Sen (1998)

Un signo clave de desarrollo es el derecho y la habilidad de tener información de salud y acceso a servicios médicos a fin de poder tomar decisiones responsables de su propio cuerpo y de su propia salud. Este concepto es integral porque toma en cuenta que se trata de un estado general de bienestar físico, mental y social, que le permite al individuo a disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos con la capacidad de procrear con libertad para decir hacerlo o no, cuando y con qué frecuencia. (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014, p.292)

Tal idea, obliga al Estado costarricense a disponer de servicios de salud accesibles, aceptables y de calidad (dimensiones del derecho a la salud) a las mujeres que les permita tomar decisiones de procrear o no, elegir el momento, la cantidad y el espacio temporal entre embarazos, para garantizar el derecho a la salud durante el proceso de embarazo.

En lo tocante a la autonomía, tanto el embarazo como el parto pueden amenazar la capacidad de control de las mujeres sobre sí mismas y sobre su entorno. Para que esa capacidad de las mujeres sea garantida, deben contar con programas educativos, provisión directa de anticonceptivos, tratamientos de esterilidad y de baja fecundidad. En fin, ellas deben tener autonomía para controlar su vida reproductiva y usar la planificación familiar como medio de enriquecimiento de su existencia y de sus formas de participación social. Ciertamente esto irá repercutir favorablemente sobre los hijos, la familia y la sociedad. (Potyara, 2002, p.69)

Al ahondar con las mujeres participantes de la orientación recibida en materia de la salud reproductiva y métodos anticonceptivos (métodos hormonales, condones, métodos naturales, Dispositivo Intrauterino (DIU o T de Cobre), salpingoclasia o ligadura de trompas, vasectomía), dos de ellas mencionaron que durante la atención prenatal el personal médico se refirió al tema mientras que las restantes no obtuvieron información. Mientras que, en relación con el período postparto, siete comentaron haber recibido algún tipo de información, a dos no se les facilitó y las restantes no respondieron al momento de la entrevista.

Tampoco nada, yo tuve que averiguarme inclusive el día del parto que tomo ahora, entonces una enfermera me dijo que si daba lactancia entonces con eso tenía suficiente, yo le dije no necesito pastillas (anticonceptivas) o algo que no atente contra la lactancia, pero que me tomo porque no puedo quedar (embarazada) en cuarentena (...) entonces de métodos no, no me dijeron absolutamente nada, fue el día del nacimiento que yo pregunte. (Valentina, Comunicación personal, enero 2017)

Lo anterior, precisa un planteamiento diferente, que permita abordajes completos e integrales, considerando información relacionada a los servicios existentes en materia de reproducción y no reproducción, asistida en prácticas libres, responsables, bajo el principio de respeto entre personas, desarticulando los imaginarios constatados por Davis-Floyd (1996) en su recorrido de la antropología del parto,

La historia de la obstetricia es de la separación entre la procreación y la sexualidad, la mujer y la madre, el feto y la madre. Esta fragmentación se visibiliza en la alineación de la mujer que sólo es considerada desde una visión reduccionista, que prima al feto/embrión, a lo que sucede en sus órganos reproductores, con un enfoque organicista y científico sin tener en cuenta otras dimensiones que definen las formas de enfermar o de vivenciar estos procesos por las mujeres. (Citado en Blázquez, 2005, p.7)

Dicha situación, origina prácticas desiguales, jerarquizadas de poder y violencia en la atención del proceso de embarazo, así como condiciona a las mujeres en relación al producto fetal o personas de su entorno, asignando roles sociales que niegan el ejercicio de la autonomía, el desarrollo de capacidades que les permita alcanzar niveles de satisfacción y crecimiento personal.

(...) la doctora me dijo que la T si usted quiere y desea se la podemos poner yo se la puedo poner, nada más nos indica y citamos cuando usted esté anente usted decide cuál método anticonceptivo aplicar, pero mientras tanto siento que la vacuna sería la ideal porque usted está dando de mamar al bebé. (Paula, comunicación personal, febrero del 2017)

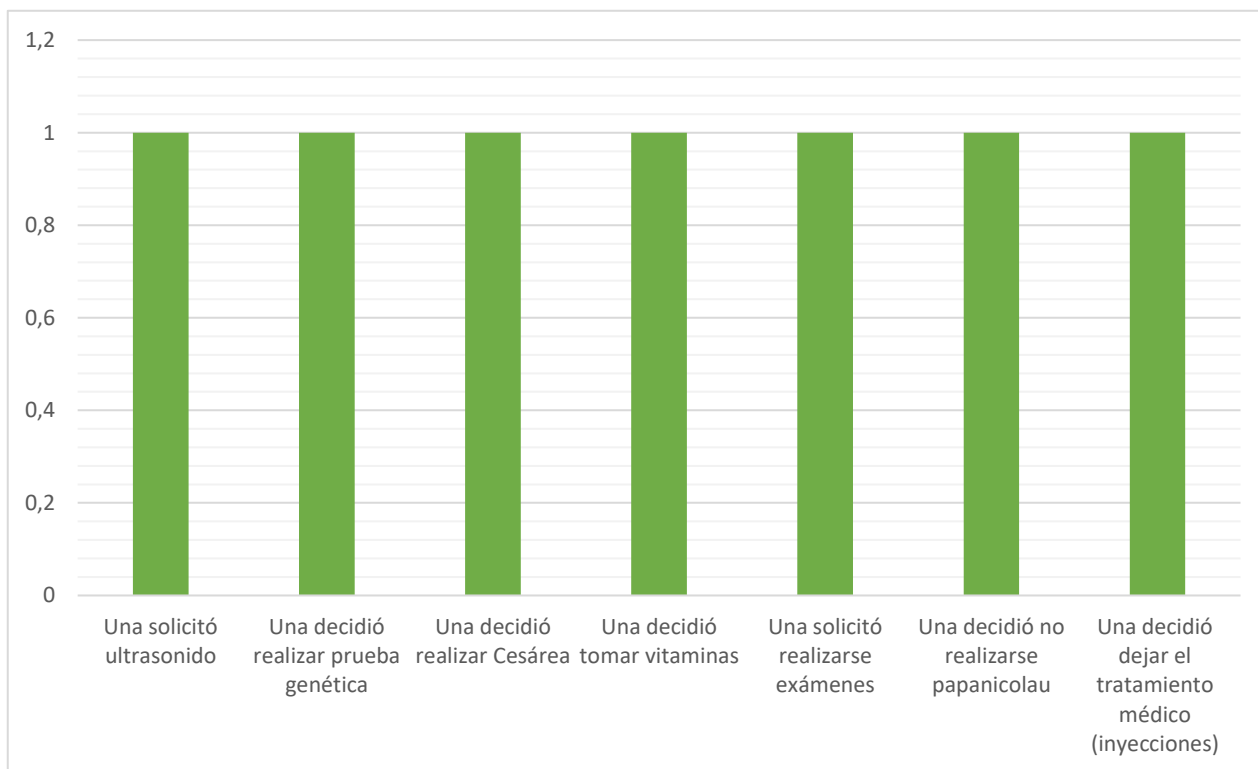
Tal contexto exige gestiones de coordinación y capacitación en todos los niveles de atención de la CCSS, que faciliten la aprehensión de información, que destituya estereotipos existentes, condense compromisos adquiridos, posibilite a las mujeres optar por métodos que se acomoden a sus requerimientos y preferencias reafirmando los derechos concernientes en materia de salud reproductiva.

3.2.5 Autonomía

Según Potyara (2002), la autonomía en conjunto con la salud, constituyen necesidades básicas objetivas y universales que independen de las preferencias individuales y de “la concepción de prejuicios serios que derivan de su inadecuada satisfacción es la misma para todos los individuos en cualquier cultura” (p. 56).

Actualmente, la autonomía representa un nudo dentro de los servicios de salud determinado por la convergencia de visiones paternalistas y de poder, que se sustentan en “la superioridad de los conocimientos técnicos en contraposición a los legos” (Fernández, 2007, p.56), lo que acentúa las desigualdades en la atención de las mujeres durante el proceso de embarazo. Al consultar a las mujeres sujetas de investigación si fueron escuchadas y pudieron tomar decisiones, tres mencionan no ser sujeta de consulta de su parecer, una comentó que sí participó en decisiones, pero en el momento de la entrevista no logró recordar en qué aspectos y el resto logró elegir entre las alternativas que se presentan en la atención.

Gráfico N° 3 Acciones autónomas en el control prenatal



Fuente Elaboración propia (2017), a partir de las entrevistas realizadas a mujeres participantes de la investigación.

En el Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias (2014), se expresa “aquellos embarazos en los que la mujer es atendida por personal que respeta sus decisiones, se practican menos intervenciones en la labor de parto y parto se aseguran una menor mortalidad tanto materna como infantil” (p.15), por tanto la apropiación de las mujeres del proceso de embarazo facilita la apertura de ideas, el diálogo de relaciones horizontales, participativas y de consenso sustentando las etapas que lo constituyen y la labor que realiza el personal de salud. Esas decisiones son el resultado de las consultas gestionadas por iniciativas y criterios propios de las mujeres relacionadas a la autonomía y la salud “precondiciones para alcanzar objetivos universales de participación social” (Potyara, 2002, p. 56) y la protección del proceso.

Yo diría que sí, porque yo lo hice qué sucedería, si yo no me hubiera pellizado no solo no me hubieran dado información, no me hubieran evacuado dudas y yo no estuviera muy cierta en lo que venía o estaba, yo digo sí porque logré que sucediera, digamos que tome la batuta y la iniciativa de carrerearlos. (Valentina, Comunicación personal, enero 2017)

Esto permite constituir acciones participativas relacionadas a la toma de decisiones, que propician el camino a la transformación de la sociedad, así como desconfigurar las nociones sobre la historia de la población femenina (frágiles, sentimentales, pasivas) producidas por el patriarcado para oprimir a las mujeres.

Por el contrario, en la mujer hay un conflicto, al principio, entre su existencia autónoma y su «ser-otro»; se le enseña que, para agradar, hay que tratar de agradar, hay que hacerse objeto, y, por consiguiente, tiene que renunciar a su autonomía. Se la trata como a una muñeca viviente y se le rehusa la libertad; así se forma un círculo vicioso; porque, cuanto menos ejerza su libertad para comprender, captar y descubrir el mundo que la rodea, menos recursos hallará en sí misma, menos se atreverá a afirmarse como sujeto; si la animasen a ello, podría manifestar la misma exuberancia viva, la misma curiosidad, el mismo espíritu de iniciativa, la misma audacia que un muchacho. (Beauvoir, 1949, p.117)

Por ende, es vital que en la atención del proceso de embarazo se estimule entre las mujeres la autonomía, la organización y la participación, concertando elecciones que acoten en el desarrollo social en el ejercicio del derecho a la salud.

3.2.6 Lactancia

Entre los aspectos sobresalientes de la atención pública en salud está la lactancia, el país dispone de la Política Nacional de Lactancia Materna (2009), donde se establece criterios en torno a este tema para que las personas reconozcan la importancia del proceso dentro del desarrollo humano.

La lactancia materna, es un proceso muy íntimo entre madre-hijo(a), sin embargo, para lograrse de manera exitosa requiere de todos los miembros del grupo familiar. El apoyo emocional, la presencia, la tranquilidad en el ambiente y la protección que se brinde a la mamá y al bebé durante cada momento de amamantamiento, son vitales. (Manual Técnico de Educación Perinatal, 2014, p.242)

Los servicios de salud de la CCSS disponen información que indican los beneficios y las dificultades de amamantar a las y los recién nacidos (mitos y temores, alimentación, legislación, uso de medicamentos, consumo de sustancias psicoactivas, cuidado de las mamas, patología de las mamas).

Bueno, desde el principio todo el parte anatómico, la parte del vínculo hijo - madre ya se va a realizando, que entre más se ponga el bebé más succiona, se produce la leche, que los mitos tome esto, haga esto para que se produzca más leche de hecho nos hablaron de la clínica de lactancia que se encuentra en cada hospital que podíamos ir y yo creo que nos ofrecieron bastante de ese tema. (Paula, comunicación personal, febrero 2017)

Esto permite observar parte de las respuestas que gestiona los servicios, para que se logre concretar de forma natural la lactancia, estimulando la afectividad y el vínculo entre el binomio procurando el bienestar en salud.

Si una madre nosotros vemos que no logro dar lactancia el niño no se va, se quedan ahí los dos hasta que se logre que ella haga su proceso, no es una obligación porque no es obligación sino más bien es un beneficio para los dos, conocedores nosotros funcionarios de la salud del beneficio que tiene la lactancia no solo para la madre en su proceso de recuperación sino también en el niño en todo su desarrollo. (Angélica¹⁶, comunicación personal, agosto 2017)

¹⁶ Entrevista semiestructurada a Informante clave para el sustento teórico de la investigación.

Por ello, se reconoce que la leche materna es el mejor alimento para él o la recién nacida, no obstante, desde los espacios de atención pública de la salud, se sobreponen las necesidades de la persona nacida

Me dijeron que era lo primordial, que si el bebé no agarraba el pecho yo tenía que insistir, insistir, insistir hasta que ya no hubiera más (...) la lactancia era lo primero para él, que digamos los primeros meses solo leche de pecho, y que evitara ponerle chupón; y que fue otra cosa que me dijeron de la lactancia, a bueno que digamos, batallara con él todo lo que pudiera hasta que él me agarrara el pecho y que no le estuviera dando seguidamente, sino que le hiciera un horario, que aunque él estuviera durmiendo, tenía que despertarlo cada dos horas, porque digamos se le baja el azúcar la leche materna le subía el azúcar, que él, se le bajaba sí que yo lo dejaba más de dos horas, sin darle de mamar. (Ana, comunicación personal, enero 2017)

Desde esta perspectiva, los servicios de salud se reservan para proteger la vida de la persona nacida y prescinde de información relacionada a las implicaciones que pueden surgir en la práctica y en la vida de las mujeres, lo cual acentúa estereotipos, reproduce mitos y roles relacionados a su papel, Asimismo, determina una posición pasiva ante el proceso de embarazo, la maternidad, donde predominan las necesidades de las y los “otros” ante las propias.

En el puerperio, vemos como por ejemplo la institución sanitaria para promover la lactancia, establece como principal justificación la relación con la salud de las criaturas, escondiendo este discurso las necesidades, experiencias y condiciones de las mujeres para esta práctica (Esteban, 2000:218-221). De esta forma se omite que dar de mamar es un derecho y no una obligación. Además, esta forma de comprender la lactancia también es producto de la medicalización de la reproducción ya que son los y las profesionales sanitarios quienes establecen el momento de la primera toma, el número de tomas al día, su duración, el intervalo de las mismas, la introducción o alternancia de la lactancia artificial y el momento y la forma de introducción de alimentos sustitutivos. (Blázquez, 2005, p. 7)

Recapitulando, se ordena, organiza e enfatiza el desarrollo de un proceso natural a partir del control del cuerpo de las mujeres y de sus proyectos de vida, perpetuando el sistema patriarcal y la subordinación de lo femenino en los servicios de salud.

En esa parte de la atención ya cuando a uno ya lo pasaron al cuarto, la noche fue terrible, la noche que yo pase ahí, primero uno está solo no tiene la compañía de nadie, después las enfermeras de la noche no eran nada buenas, ella (la bebé) tenía hambre porque yo no tenía leche y a mí no me salía nada de leche, y yo sé

que la Carit este ellos este... están todo va dirigido a que la madre le den leche materna y eso está muy bien, pero si a uno no le sale leche, tienen que tener un plan B, yo les decía a las enfermeras es que la bebé no ha comido, ¿Como que no ha comido?, usted no lo ha puesto, y yo si la he puesto miles de veces, a mí no me sale leche vea, si quiere revíseme, y me dicen “no le sale leche porque usted no se la pone”, no si me la se la estoy poniendo cada vez que ella me pide se la pongo, pero ella no me está saliendo leche, eso es culpa suya usted tiene la responsabilidad de que le salga leche y no sé qué, y yo vea yo necesito que me traiga leche de fórmula, porque ella no ha comido nada desde que nació, y yo no estoy produciendo leche, ¿Cómo sabe que no está produciendo leche?, y yo pero vea si quiere revíseme, no me sale nada, “si le sale solo que usted no lo ve”, y yo es que si yo no lo veo ella menos, y de hecho fue el otro día en la clínica de lactancia de verdad no me salía nada, de hecho la que estaba ahí me dice “usted no le sale absolutamente nada”, porque hay veces que salen las gotitas del calostro, pero a mí no me salía nada, seguro yo quede muy deshidratada del parto, entonces “eso es culpa suya porque usted no toma agua”, eso es otra cosa a uno no le dan agua para tomar (Dania, comunicación personal, febrero 2017)

También es fundamental comprender que existen factores de índole fisiológicos, emocionales y sociales que pueden afectar el desarrollo de la lactancia, el postparto inmediato o futuro,

Bueno nada más me dijeron que tenía que pegarla cada cierto tiempo porque está muy recién nacidos entonces ocupan estarse alimentando a cada rato, a mi si me costó un poco entonces tal vez siento que esa parte no me ayudaron mucho, eso fue como yo sola en mi casa; porque si a mí me, yo tenía el pezón plano entonces costó ella mucho que me agarrara y ella estuvo internada 3 días, y en esos 3 días le di muy poca leche. (María, comunicación persona, enero 2017)

De ahí la obligación de prestar atención a las dudas, los pensamientos y sentimientos que genera esta práctica en las mujeres

Hay circunstancias asociadas a su cuerpo que le impidan o le dificulten a la mujer y haya que hacer un trabajo más intenso, entonces si una mujer tiene un problema de pezón invertido que es el pezón para adentro a ese niño le va a costar muchísimo sacar ese pezón entonces ella tiene que usar una pezonera, tiene que sacar su tiempo tiene que invertir más que una mujer que tiene el pezón bien donde nada más lo pega y listo. (Angélica, comunicación personal, agosto 2017)

Porrás (2007) menciona que, por ejemplo, el deseo sexual “ayuda a estimular el reflejo que hace que la leche baje” (p.33) o en situaciones en que las mujeres se intoxican con alimentos (...) “por lo general las bacterias o toxinas permanecen en el tracto intestinal y, por lo tanto, no pasa a su leche.”(p.88), razonamientos que son importantes tener en cuenta al

trabajar con las mujeres, con el fin de derribar tabúes y proporcionar oportunidades de comprensión de la lactancia y del cuerpo femenino.

Esto se suma a los retos del abordaje del proceso de embarazo y a la necesidad de invertir en espacios, información y tiempo, que permitan a las mujeres la formulación de proyectos propios, conscientes y libres; propiciando la afectividad y desmonte de las exigencias subyacente de la maternidad, con el fin de determinar un papel activo que contraste con las imposiciones históricas.

3.2.7 Asistencias técnicas

En el manual, no se estipula las asistencias técnicas (dinero, alimentación, hospedaje), para el abordaje del proceso de embarazo. Sin embargo, es necesario entrever que en la diversidad de las mujeres que asisten a los servicios se presentan situaciones, en que la vulnerabilidad social y económica configura su realidad, lo que requiere de complementos que precisen el ejercicio del derecho a la salud.

El Reglamento del Seguro de Salud de la CCSS (2006) organiza satisfactores en varios artículos (27, 49, 50, 51) que posibilitan a las mujeres, familiares, parejas o acompañantes a acceder a los servicios de salud y ejercer los derechos inherentes.

Art 56: De la atención a grupos vulnerables. Como una prestación social, dentro del Seguro de Salud, la Caja podrá suscribir convenios con instituciones de beneficencia social y de atención a personas sin capacidad de pago recluidas en dichas instituciones, siempre que tales servicios tengan relación directa con la salud integral. (p.23)

De esa manera, el aparato institucional (IMAS, CCSS) dispone de recursos que auxilien el traslado, hospedaje de las mujeres y la persona acompañante, garantizando la atención en salud del proceso de embarazo en situaciones de vulnerabilidad social. Al consultar con las mujeres participantes de la investigación del acceso a recursos o subsidios durante la atención, ninguna fue informada, desestimando componentes del contexto en los que se requiere intervenir en lo inmediato y en un mediano plazo.

Me he dado cuenta de que algunas le dan fórmula, me he dado cuenta en este chat de mamás de la Liga, pero a mí nunca me informaron (Valentina, comunicado personal, enero 2017)

Las asistencias técnicas, a la vez, refieren a necesidades de la historia de las mujeres (alimentación, salud, participación social) que se distinguen, restringen y profundizan en el proceso de embarazo

(...) esta situación se produce por el rol reproductor que tiene la mujer, en virtud de que gran parte del incremento de consultas, egresos, intervenciones quirúrgicas, urgencias... se originan por la atención del embarazo, el parto y el puerperio, que recae en la población femenina. (Gutiérrez citado en Solís, 2013, párr. 5)

Es así que la asistencia, pese que busca mejorar el bienestar del binomio y el ejercicio del derecho a la salud, está circunscrita en una realidad que expresa las desigualdades y los roles sociales que se manifiestan en la sociedad.

Por ejemplo, si bien es cierto que las mujeres están cada vez más ampliamente representadas en la función pública, siempre son las posiciones más bajas y más precarias las que se les reservan (las mujeres abundan especialmente entre los no titulares y los agentes a tiempo parcial, y en la administración local, por ejemplo, se les atribuyen las posiciones subalternas, de asistencia y servicio: mujeres de la limpieza, camareras, cuidadoras infantiles, etc. (Bourdieu, 1998, p. 69)

Esto precisa esfuerzos del Estado, de las instituciones y de las personas que trabajan en los servicios de salud en informar y acompañar la gestión de recursos materiales en situaciones de pobreza, desempleo, exclusión o discapacidad, que posibiliten a las mujeres, familiares, parejas o acompañantes subsanar las necesidades básicas, además de eliminar la reproducción de ideas, pensamientos y prácticas que vulnerabilicen sus condiciones materiales de vida.

3.2.8 Drogas

En el abordaje del tema de drogas persisten ideas estereotipadas, De Miguel (2016), manifiesta que existen discursos que tipifican el consumo, sin ahondar en situaciones contextuales que refieren el consumo.

El discurso médico clasifica entre drogas “duras” y “blandas” en función de unos criterios de peligrosidad y, derivado de ello, define a la persona “enferma”. Y, por otro lado, el discurso jurídico discrimina entre las drogas legales y las ilegales, y, por tanto, define quién es un delincuente. (p. 533)

Asimismo, la autora afirma que el uso de drogas es, mayormente, estigmatizado en el género femenino, al transgredir las normas establecidas por la sociedad para su control “Los consumos de drogas son construidos social e históricamente con unas connotaciones

particulares de género y clase social, que tienen consecuencias en el control social que se ejerce sobre las mujeres” (De Miguel, 2016, p.531).

En las intervenciones de las sujetas de investigación, se expresa el abordaje del tema en la atención que realiza el personal de salud. Siete de ellas afirman que fueron consultadas e informadas de las consecuencias que generan el consumo de drogas al Nasciturus, sin embargo, no se explora necesidades de apoyo, rehabilitación o tratamiento para las mujeres.

En el consultorio tienen como un afiche, pero grande, en donde vienen todas las malformaciones de los bebés por no tomar los medicamentos, por consumir drogas o licor todo eso, entonces ella me explicaba si usted no toma el medicamento le puede ocurrir esto al bebé (Dania, comunicación personal, febrero 2017)

Que podría traer secuelas para el bebé, deformaciones, diferentes tipos de síndromes me dijeron como a nivel cerebral o cosas así. (Ana, comunicación personal, enero 2017)

Es decir, en la atención predomina un distanciamiento de las determinantes psicosociales, emocionales y culturales que determinan el consumo de sustancias psicoactivas por parte de las mujeres, pero se les invisibiliza sus necesidades y reproducen enunciados que recortan, describen y explican que indican la diversidad de correlaciones; a fin de diseñar discursos que se perciben propios, utilizados para juzgar (Foucault, 1970). Esto perpetua estereotipos y desigualdades que desvirtúan los derechos de las mujeres en el proceso de embarazo.

A este respecto, los discursos acerca de las drogas están marcados por un carácter moralista, según el cual quienes consumen drogas son estigmatizados. En el imaginario social, las personas consumidoras de drogas son consideradas dependientes, débiles, infantiles e inmaduras, unos rasgos que también son asociados a la feminidad. (...) Además el imaginario acerca de las mujeres está habitualmente conectado con la esfera sexual, por la cual las mujeres usuarias de drogas son consideradas “mujeres caídas” y, por tanto, malas mujeres y malas madres. (De Miguel, 2016, pp. 531 - 532)

El manual dispone de especificaciones (tipos de drogas y adicciones, efectos secundarios en la madre gestante y en el desarrollo embrionario, aspectos psicosociales y familiares, tratamiento, recurso de apoyo) en las que predomina la objetividad ante la salud integral de la mujer y el embrión o feto, de forma que en las intervenciones con las mujeres

debe interpelar fundamentos distanciados de valoraciones morales (prejuicios, estereotipos, juicios de valor) para su abordaje.

3.2.9 Alimentación

Dentro los puntos que sobresalen en la atención recibida por las mujeres participantes del estudio, se muestra la educación sobre la alimentación, Cereceda y Quintana (2015) precisan:

El objetivo de la alimentación de la gestante es proteger el buen estado de salud y nutrición de la madre, incrementar las posibilidades de una mejor calidad de vida para el nuevo ser humano y disminuir las probabilidades de morbimortalidad materna e infantil. (p.154)

En estos términos, la alimentación es un componente determinante en el proceso de embarazo, que preserva la vida de las mujeres y contribuye en el desarrollo embrional y fetal.

Comprendiendo a la salud desde una perspectiva holística y como un derecho humano, necesariamente debe ser considerado desde la integralidad, interrelación e interdependencia de los derechos. De manera tal que no existe derecho a la salud, sin alimentación, sin alegría, sin agua, sin buenos tratos, sin vestido, sin amistades, sin trabajo, sin discriminación y fundamentalmente sin violencia. (Canevari, 2011, p.66)

Al referir el tema con las mujeres sujetas de la investigación, siete de las entrevistadas obtuvieron información básica en las citas prenatales

Evitar comidas fuertes, que el repollo que le da muchos cólicos al bebé, que la coca, las cosas picantes, porque le hace daño en el estómago a él, se puede brotar. (Sara, comunicado personal, enero 2017)

La situación varía en el postparto, en este caso solo 2 de las mujeres se les dio información básica, de las restantes siete no se les guio en el tema y dos no aplicaron.

Sí, que no comiera frijoles, que no comiera repollo, ni coliflor, ni cosas que causaran cólicos, si me dijeron no todas las mujeres, no todas las personas tienen cólicos a los mismos alimentos, generalmente estos son los que hacen más cólicos (Vanessa, comunicado personal, febrero 2017)

A través del manual, se propone puntos concretos de la alimentación: Alimentación durante el embarazo, requerimientos nutricionales de la mujer embarazada, mitos y creencias

en la alimentación durante el embarazo y la lactancia materna, alimentación durante el proceso de lactancia, uso de ácido fólico, hierro y vitamina C, alimentación para la gestante adolescente embarazada y por último alimentación para la mujer de alto riesgo obstétrico (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014). Pese a que el tema se toma en cuenta en la atención del proceso de embarazo, las personas que laboran en los servicios de salud no profundizan en este, ofreciendo información escueta a las mujeres, familiares, parejas o acompañantes, lo que genera vacíos en los servicios.

Sí, que me tenía que alimentar bien, pero no cómo así esto es lo que tiene que comer, esto no es lo que tiene que comer, si muy superficial. (Paula, comunicado personal, febrero 2017)

Es necesario tener en cuenta que la salud de las mujeres es un punto fuerte que se debe fortalecer en el proceso embarazo, reconociendo que la gestante “requiere ser vista no solo como alguien que está formando un ‘producto’, sino como alguien a quien hay que cuidar integralmente, pues en cada período gestacional está mermando sus reservas” (Cereceda y Quintana, 2015, p. 153) pauta que facilita el goce de los derechos concernientes en el derecho a la salud.

Dicha situación, integra los retos de la atención de las mujeres durante el embarazo, como el valorar las necesidades alimenticias que se relacionan a la situación social de la mujer (situación económica, clase social, empleo, lugar de residencia, horarios de comida, hábitos alimenticios), esto con el propósito de ampliar acciones (referencias al IMAS, comedores públicos, diarios de comida, apoyo socioeconómico) que permitan a las mujeres el consumo de alimentos en todas las etapas para el bienestar y fortalecimiento de su sistema físico, biológico y cognitivo.

3.3. Trabajo de Parto y parto

En la atención de las mujeres durante el trabajo de parto y el parto se dimensionan aspectos culturales, sociales, políticos e ideológicos del nacimiento que dificultan la aprehensión de los procesos para las mujeres, sus parejas, familiares o acompañantes.

Cuando se consideran las diferencias biológicas o las necesidades especiales en el ámbito de la salud, es necesario tener presente que las características consideradas biológicas son, a menudo, construcciones relacionadas con el género. Más aún, estas construcciones sociales apoyan las normas y

percepciones de género que aprueban la discriminación social que, a su vez, perpetúa las inequidades en salud. (Sen George y Östlin, 2005, p.6)

Lo anterior, se genera del cruce de conocimientos, perspectivas y valoraciones subjetivas que apremian procesos y estereotipos que afectan el bienestar y la salud de las mujeres.

En la información que presume el manual, se expresa que la mayoría de las mujeres gestantes inician el trabajo de parto a partir de la semana 37 a la 41, esto es “el proceso por medio del cual el cuerpo de la mujer se prepara para expulsar al feto y la placenta. Consiste en la secuencia coordinada y eficaz de contracciones uterinas que da como resultado el borramiento y dilatación del cuello uterino permitiendo la salida del feto” (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014, p. 224).

En ese sentido, la educación prenatal dirigida a las mujeres, consiente el reconocimiento de las primeras manifestaciones de esta etapa (incremento de intensidad, frecuencias de contracciones, sangrados, y ruptura de bolsa amniótica) y las acciones que pueden poner en práctica (ejercicios de respiración y relajación para el manejo del stress, la ansiedad y el dolor) para sobrellevar el proceso.

El tiempo estimado de labor de parto va a depender del organismo de las mujeres, sin embargo, se calcula con la dilatación del cuello uterino hasta llegar a 10 centímetros en parto vaginal, y en el caso de cesárea se programa entre la semana 37 y 38. A las mujeres sujetas de la investigación se les realizó preguntas de la experiencia de la atención del trabajo de parto y el parto, con el fin de reconocer las semejanzas y las carencias que se manifiestan relacionadas con la propuesta que presenta el manual.

3.3.1 Ingreso al centro de salud

Al momento del ingreso de las mujeres y sus acompañantes, las personas que laboran en los servicios de salud están obligados a seguir los lineamientos propuestos para la atención e identificación de particularidades latentes, para facilitar acciones que permitan la evolución natural del proceso.

Establecer un entorno habilitante para el desarrollo de la atención humanizada de la usuaria y de la familia gestante, de manera que se le asegure a la usuaria y a su acompañante un ambiente confortable y agradable tanto en el área de admisión de urgencias como en la consulta externa especializada. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2017, p.46)

En las apreciaciones que aportan las mujeres en este aspecto la mayoría (9 mujeres) afirman que al llegar al centro de salud para la atención del trabajo de parto y el parto el personal actuó de forma inmediata y buena

Excelente, porque digamos yo llegue y yo no reviento fuente, entonces yo llegue, llegue de una vez, yo empecé con contracciones a las 9:00 am y a las 10:15am llegue a la Carit y de una vez me pasaron, entonces ya la doctora vio que ya iba mal, y de una vez ella misma me cambio y me puso en la camilla y a las 10:30 am yo ya lo tenía. Súper bien (porque fue muy rápido) la doctora no fue, porque yo dije es que ya no aguanto y no fue como muchas que dicen espérese, no ella corrió. (Ana, comunicación personal, enero 2017)

La atención inmediata en el ingreso de las mujeres constituye un punto fuerte dentro de los servicios de salud; no obstante, dos mujeres señalaron que sus experiencias de ingreso no fueron agradables, situación que puede generar complicaciones y consecuencias en el trabajo de parto y parto, lo que podría afectar la salud del binomio.

Entonces llegue la muchacha me dijo la de la ventanilla, ya va a venir una enfermera a tomarle la presión y las cosas y vino la enfermera y me toma la presión y después me dijo siéntese ahí y espere que ya un médico la va atender, y entonces no llegaba el médico; yo le decía a mi esposo yo estoy sentada en esta silla dura y me estoy muriendo, estas contracciones están demasiado fuertes, eran ya cada 2 minutos y me daba mucho miedo porque, diay hay veces que dilata rápido otras dilatan más lento lo que sea, entonces me decía diay es que el médico ya va a llegar, y yo bueno no aguanto estar aquí sentada (...) y entonces me metí adentro donde están las camillas y me dijo la muchacha pero usted no puede estar aquí, yo necesito una camilla para acostarme ya yo no aguanto el dolor, me dice pero es que no ha llegado el médico, yo no puedo esperar al médico me duele demasiado verdad, denme una camilla para acostarme, pero como le vamos a dar, bueno venga aquí, y ya me pusieron en una camilla, y ya me acosté ahí y ya estaba más tranquila. (Dania, comunicación personal, febrero 2017)

Lo anterior constata importantes fallas, primeramente, se genera la reproducción de patrones de dominio y control, que imposibilitan a las mujeres expresar dudas, necesidades y preferencias.

Uno deseara que fueran lo más atentos posibles, sin embargo, uno está acostumbrado, el tico está acostumbrado entre mejor yo me porte me van a atender mejor, calladita más bonita como dicen, pero uno no tiene esa prioridad

de hablar y decir sino a mí no me hable así, usted me está atendiendo así que por favor. (Paula, comunicación personal, febrero 2017)

Esto se relaciona con las condiciones atinentes a la historia de las mujeres, en las que se buscan formas de subyugación ante las necesidades y las características de la población femenina apremiando la visión androcéntrica.

Las mujeres siempre quedan en deuda, son inadecuadas, insuficientes o incapaces. Al no cumplir con las expectativas pierden y baja la estima personal y social de los otros. Las mujeres quedan vulnerables a su recriminación e incluso a la crítica social, al señalamiento y al desprestigio. (Lagarde, 2000, p.51)

Asimismo, persiste la falta de inversión en infraestructura y recurso humano que posibilite a las mujeres un trabajo de parto y parto satisfactorio, con insumos necesarios que garanticen el desarrollo natural de ambas etapas.

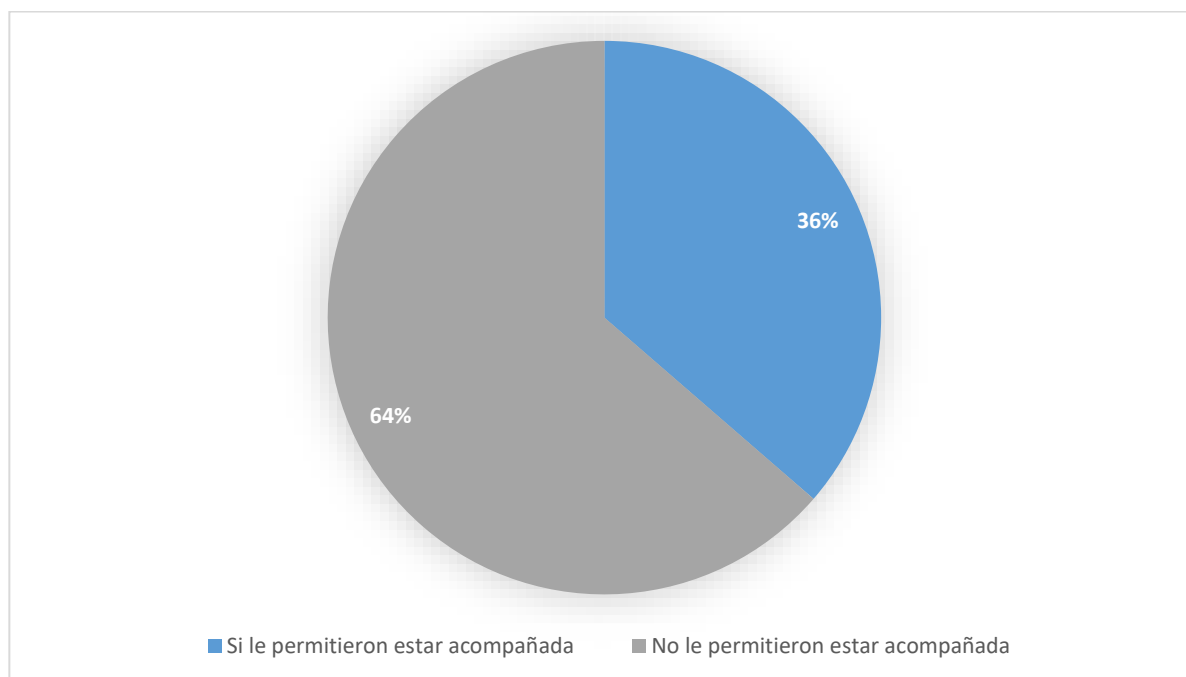
La Maternidad en tanto institución que opera como un campo social, da cuenta de debilidades del servicio, que están relacionadas con la infraestructura edilicia y los recursos humanos y materiales. Las inversiones realizadas en infraestructura hospitalaria (...) mantienen una deuda con las mujeres, que es la necesidad de una nueva maternidad. Muchas de las carencias y dificultades, están relacionadas con debilidades en los lineamientos políticos (...) destinados a la salud perinatal, que parecen no indicar de manera decidida el curso a seguir, no realizan las inversiones económicas necesarias para mejorar las condiciones de la atención de las mujeres en el proceso reproductivo. (Canevari, 2011, p.140)

La poca o nula inversión en los servicios de salud que atienden a las mujeres durante el trabajo de parto y parto desatienden requisitos de género, del ciclo de vida, el respeto y las otras dimensiones básicas de la atención (calidad, accesibilidad, disponibilidad) que integran el derecho a la salud, lo que vulnerabiliza y violenta su vida y la de su familia.

3.3.2 Acompañamiento en el trabajo de parto y parto

El acompañamiento representa un pilar dentro de la atención del trabajo de parto y parto, la persona elegida por las mujeres para que la acompañe juega un papel fundamental como soporte “deberemos darle el protagonismo que ese papel de cuidador principal le confiere, intentar que sea nuestra aliada en lugar de una barrera para la comunicación con el paciente” (Ayarra y Lizarraga, citada en Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014, p. 148). En relación con el acompañamiento las mujeres entrevistadas exponen la siguiente información

Gráfico N° 4 Acompañamiento en el trabajo de parto



Fuente: Elaboración propia (2017) a partir de las entrevistas realizadas a mujeres participantes de la investigación.

La información del gráfico determina que alrededor de un 36% de las mujeres (4) si les permitieron estar acompañadas:

Bueno mi esposo tuvo que ir a hacer la entrada, bueno yo no sé cómo es (...) el ingreso de uno, bueno entonces él fue con los papeles a hacerlo, y ya cuando me pasaron a esa salita que le digo que estaba caminando, fue que ya él lo dejaron entrar, creo que ese día estaba tan lleno que estaban dejando entrar a la gente como a ciertos puntos, pero no, mi esposo entro en ese momento y ya ahí me acompañó durante todo el (trabajo de parto) y parto. (Dania, comunicación personal, febrero 2017)

Si (me permitieron estar acompañada) en el momento que ingrese a emergencias, en el momento de la labor de parto, y en el momento de recuperación. (Paula, comunicación personal, febrero 2017)

Esto representa un aspecto importante en los centros de salud, pues se garantiza el derecho al acompañamiento en esta etapa, sin embargo 64% (7) de las mujeres participantes de la investigación no se les permitió estar acompañadas en el trabajo de parto,

(...) ese es un gran problema porque teníamos derecho a que nos acompañaran y la doctora de la que te comento que era la experta, ella los sacó a todos los esposos y a las mamás que estaban acompañado y se los llevó a una sala de

espera lejos de nosotros y nosotras tampoco teníamos cama, entonces nos sentaron en un pasillo a esperar sentadas desde la mañana hasta como las 4:00 pm que nos dieron cama y sin acompañante y cargando los bolsos y todo entonces no me permitieron estar con él en ningún momento. (Valentina, comunicación personal, enero 2017)

Lo anterior, se debe que en el país la salud se mercantiliza, según el Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica (2004), la inversión que se genera no es suficiente, lo que provoca la insatisfacción de necesidades de cobertura, calidad y equidad de los recursos.

(...) hay algunas cosas que suceden que son justificadas por el personal sanitario porque no hay dinero, por ejemplo el tema de que no haya espacio para el acompañante de la mujer embarazada y las salas de consulta o en las salas de maternidad, lo que dicen es no tenemos campo donde ponemos esta gente, estamos sobresaturados, no podemos tener la mujer embarazada, más el chiquito, más el papá verdad es decir hay un justificante administrativo, que nosotras no consideramos que sea erróneo, pero (...) una mujer embarazada en todo el proceso prenatal, trabajo de parto, en el parto y el postparto tiene derecho a estar acompañada. (Sandra, Comunicación personal, junio 2017)

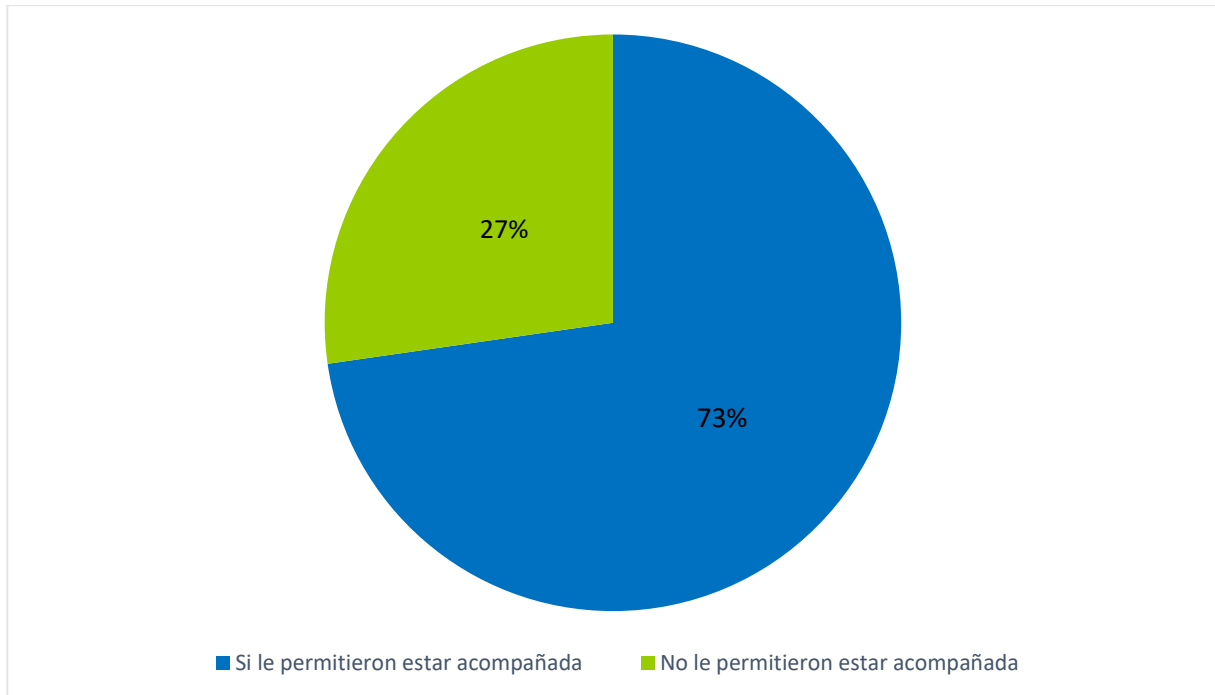
Esta realidad es justificada por los servicios de salud (falta de espacio, de recursos financieros, humanos e infraestructura) para ocultar las relaciones de jerarquía que interpone el personal de salud con las mujeres en la atención.

El ingreso del familiar a la sala de parto, es un derecho reconocido (...) y no se cumple en la mayoría de los casos. Las justificaciones tienen que ver con la falta de espacio físico por problemas de infraestructura, por la molestia de sentirse observados mientras trabajan, por su propia comodidad, porque los familiares pueden contaminar un ambiente que debe ser libre de gérmenes, o simplemente porque están en un hospital público y este último es un argumento definitivo e inapelable. (Canevari, 2011, p. 92)

Dicho discurso disfraza la reproducción de desigualdades sociales y de género, pese que se ha comprobado que el acompañamiento de las mujeres en labor de parto trae beneficios, la disminución de prácticas y cesáreas (50%), la reducción del uso de instrumentos (fórceps), procedimientos (episiotomía) y de la medicación, la labor del parto es más rápida, los “apgars” del o la recién nacida son favorables, las mujeres tienen mayor facilidad para amamantar a sus bebés, se aminora situaciones de depresión posparto y experimentan mayor control durante el trabajo de parto (MAMASOL, 2009).

Al momento del parto, la situación del acompañamiento varía, según se constata en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 5 Acompañamiento en el parto



Fuente Elaboración propia, 2017 con base en las entrevistas realizadas a mujeres participantes de la investigación.

Alrededor de un 73 % (8 mujeres), se les permitió estar acompañadas, mientras al 27% (3 mujeres) no se les informó la posibilidad de estar acompañadas en el transcurso de la cesárea. El acompañamiento en el parto puede relacionarse a dos situaciones en particular, que actualmente a través de la participación de la pareja (hombre) se busca generar un vínculo afectivo que beneficie la convivencia.

El momento del parto en sí mismo, al incluir el nacimiento y el primer encuentro con el hijo/a es un momento propicio además para ser compartido con el padre, quien desde entonces se involucra con el/la bebé y crea lazos afectivos con este, además de la significación que pudiera llegar a tener para la pareja el haber compartido tal evento. Así mismo en la recuperación inmediata, en el contacto y descubrimiento pormenorizado del hijo/a, su cuerpo y facciones, mientras la mujer se recobra físicamente y comienza a experimentar nuevas emociones es una experiencia gratificante y generativa. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2017, p.46)

Otra explicación del acompañamiento puede asociarse a reafirmar la concepción del padre como “soberano” (Foucault, 1977) que dispone de la vida y del cuerpo de las mujeres para perpetuar la especie “hijo de la misma sangre, pura sangre” (Beauvoir, 1949, p.129) y la visión androcéntrica del mundo “el macho humano modela la faz del mundo, crea instrumentos nuevos, inventa, forja el porvenir” (Beauvoir, 1949, p.29) que es legitimada a través de la institución que le permite su estadía al momento del parto.

Esto demanda al Estado y a la CCSS a impulsar estrategias que garanticen el derecho al acompañamiento, para procurar el bienestar en la salud física, biológica, emocional y psicosocial de las mujeres y del feto.

3.3.3 Procedimientos canalizados en la atención del trabajo de parto y parto

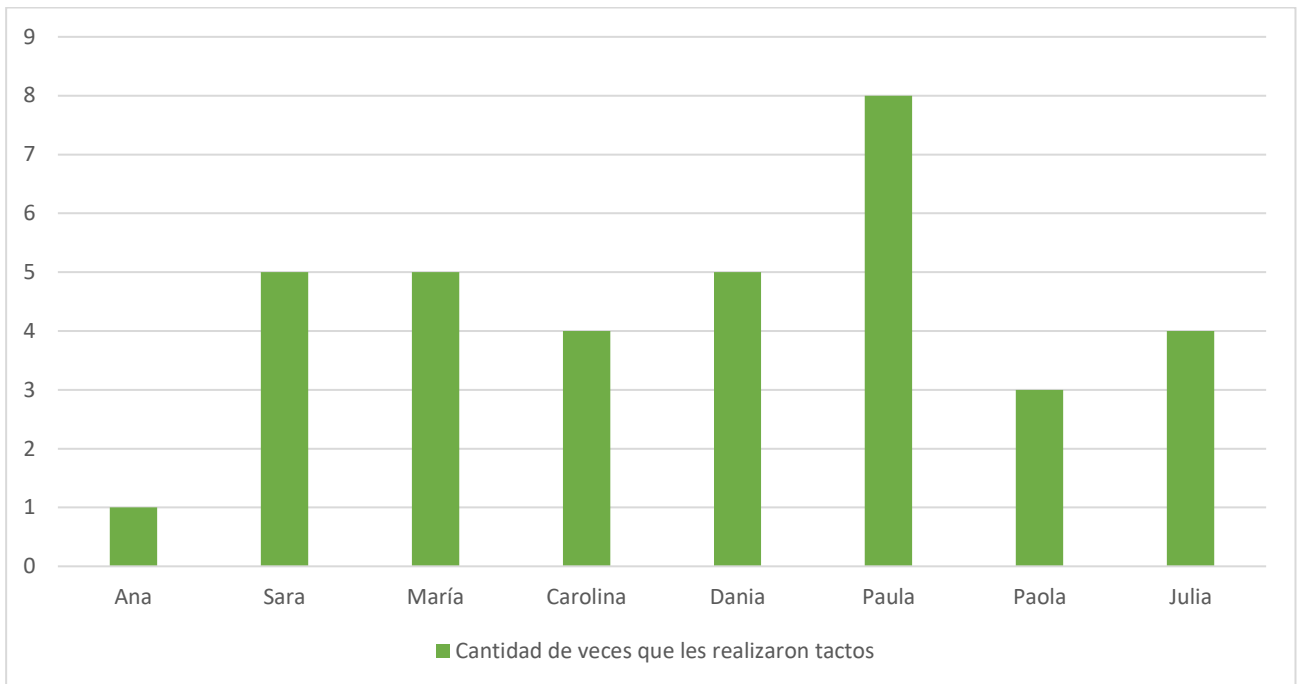
El manual refiere a los procedimientos que se deben de dar o no en la atención de las mujeres durante el trabajo de parto y parto, que suscitan demandas y necesidades bajo situaciones específicas, además de la frecuencia con lo que se deben practicar.

3.3.3.1 Tactos vaginales

Entre los procedimientos están los tactos vaginales con los que se evalúa la dilatación del cuello uterino, “lo realiza el médico o enfermera obstetra a través del tacto vaginal y consiste en introducir el segundo y tercer dedo dentro de la vagina de la paciente hasta alcanzar el cuello del útero y medir el diámetro que tiene el orificio” (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014, p. 227).

En relación a esto, a tres de las mujeres no se les realizó el tacto, debido que tuvieron a su hijo/hija vía cesárea, y a las restante ocho mujeres si se les practicó, el presente gráfico muestra las veces que fue efectuado.

Gráfico N° 6 Cantidad de tactos vaginales realizados



Fuente Elaboración propia, 2017 a partir de las entrevistas realizadas a mujeres participantes de la investigación.

En promedio se observa que la mayoría fue tactada alrededor de cinco veces, siendo un procedimiento que se usa “para conocer la posición, consistencia, longitud y dilatación del cuello uterino y el descenso y rotación de la cabeza fetal” (Bastida, 2009, pár. 2) por lo que esto permite evaluar el progreso y la condición de salud del feto y la mujer.

El Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Postparto dispone que el examen vaginal se debe efectuar el mínimo de veces posible conforme vaya evolucionando la labor de parto, sin embargo, se establece uno cada cuatro horas en condiciones normales, y bajo el consentimiento de las mujeres para realizarlo (Caja Costarricense del Seguro Social, 2017). En relación a la frecuencia que se dio el procedimiento con las mujeres sujetas de investigación expresaron no recordar los intervalos en que se realizó los tactos, producto de los temores y el dolor que las agobian.

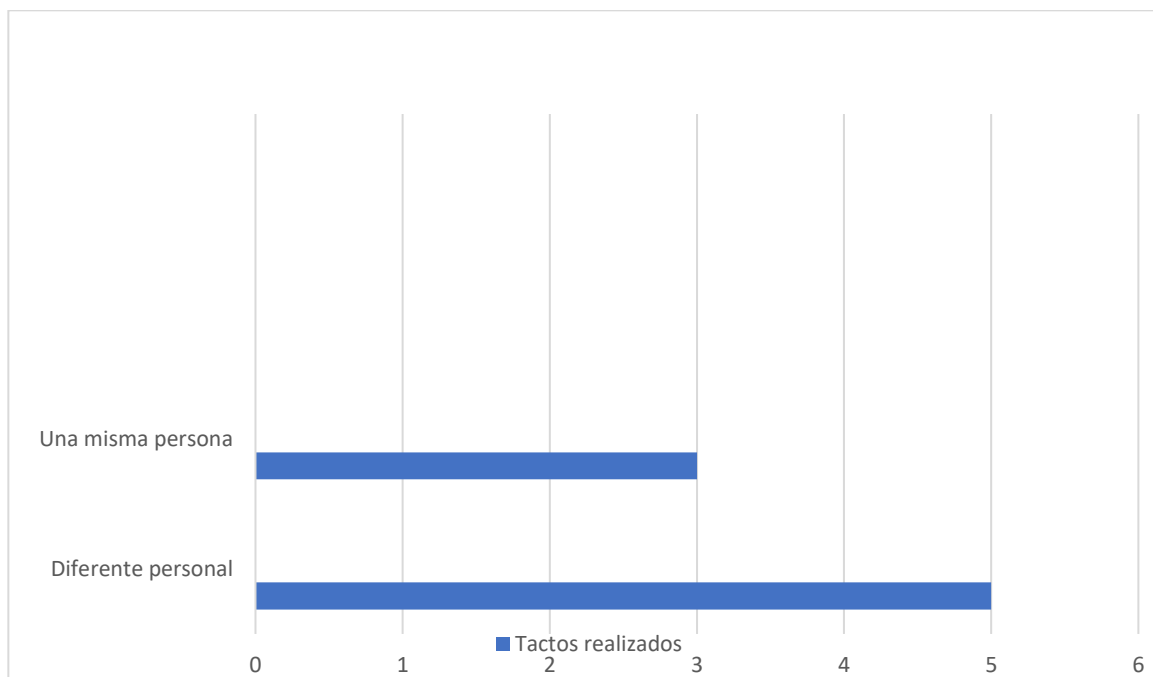
Yo tenía demasiado dolor, me atendió otro muchacho, y me dice “no, ya usted tiene 10 cm de dilatación”, pero este día yo estaba con mucho dolor y a usted se le olvida todo. (Dania, comunicación personal, febrero 2017)

Esto se debe, principalmente, a que, en la construcción social del trabajo de parto y parto, se originan ideas provenientes de experiencias de otras mujeres o de patrones culturales instaurados en la sociedad.

Todo tránsito es angustioso: el parto se presenta como singularmente pavoroso. Cuando la mujer se acerca al momento decisivo, se reavivan todos sus terrores infantiles; si, como consecuencia de un sentimiento de culpabilidad, se cree maldita por su madre, se persuade de que va a morir o que morirá el niño. (Beauvoir, 1949, p.279)

Conjuntamente, es fundamental considerar si el procedimiento fue realizado por la misma persona:

Gráfico N° 7 Tactos vaginales realizados



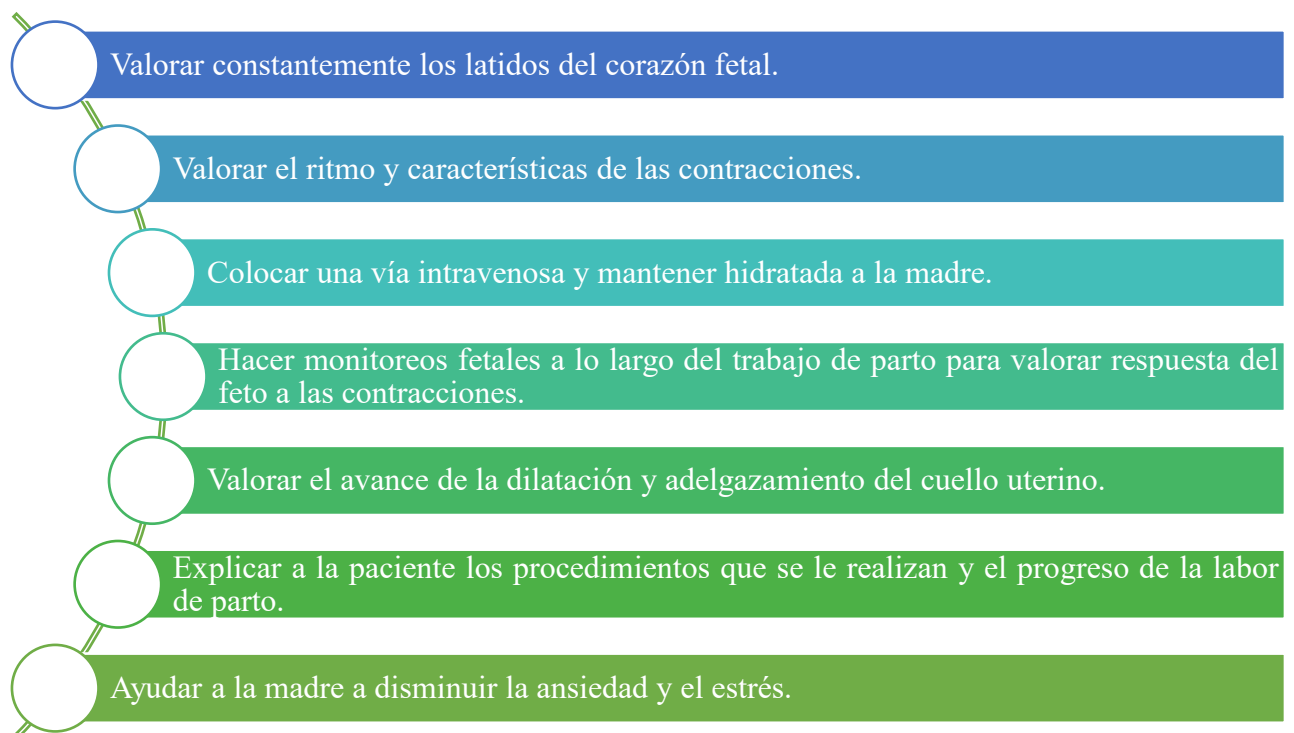
Fuente Elaboración propia, 2017 a partir de las entrevistas realizadas a mujeres participantes de la investigación.

El gráfico muestra que los tactos vaginales fueron realizados por diferentes personas, contemplando profesionales en medicina general, enfermería y obstetricia, situación que se explica en la forma que está estructurada la atención (ingresó a emergencias, sala de espera, sala de parto), la rotación de personal, la especialidad del profesional, las jerarquías existentes y manipulación insistente del cuerpo de las mujeres.

El uso de los tactos vaginales es un reflejo simbólico del escaso poder que tienen las mujeres sobre sus cuerpos durante el proceso vital del embarazo y parto. Transmite la idea que algo anda mal o que de pronto se podría complicar el parto y, crea una sensación de incertidumbre en general. El efecto acumulativo de hacerlos repetidamente es disminuir poco a poco la auto-confianza de la mujer. Podría hacernos sentir que no podemos controlar la situación y que nuestros sentimientos no cuentan. El no sentirnos estimadas ni consideradas y el no tener derecho a estar en desacuerdo con este tipo de invasiones, hace que las mujeres cada vez seamos más vulnerables a otras manipulaciones psicológicas y físicas. (MAMASOL, 2009, párr. 14)

Pese a esto, en general, las mujeres percibieron un trato respetuoso al momento de efectuarse los tactos, pero recomiendan que los realice una misma persona, evitando situaciones que puedan resultar incómodas e invasivas. Además, del examen vaginal el Manual Educación Perinatal para las Mujeres Gestantes y sus Familias (2014) estipula parte de los cuidados y procedimientos que debe realizar el personal de salud con las mujeres en labor de parto y parto.

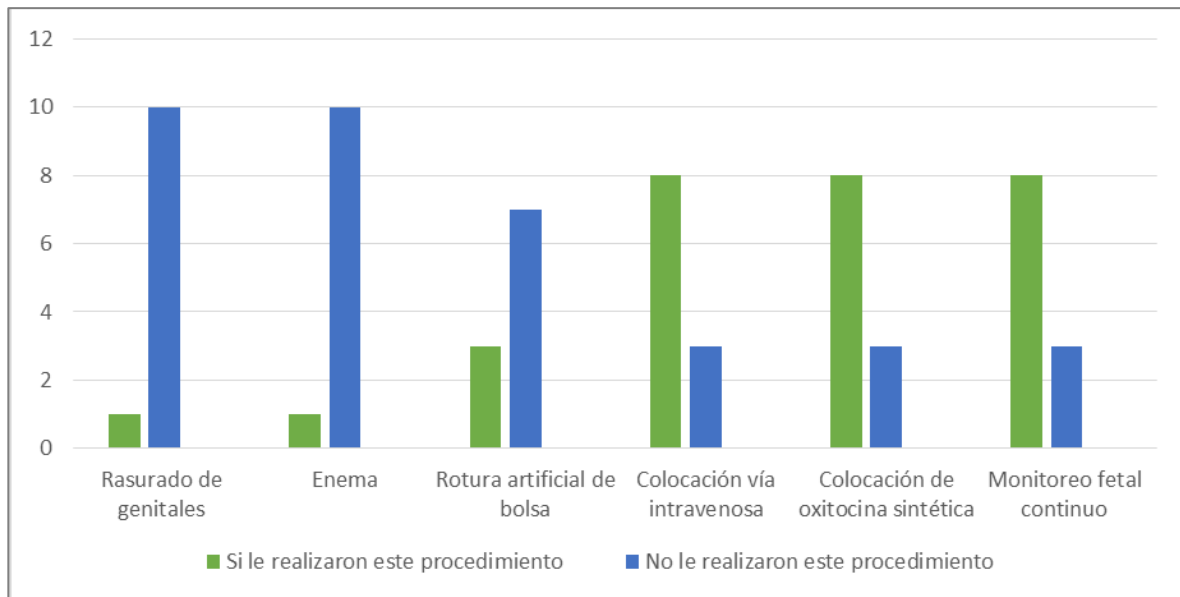
Figura N° 20 Cuidados y procedimientos en labor de parto y parto



Fuente: Elaboración propia a partir del Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias (2014), p. 230

Algunos de los procedimientos anteriores, fueron considerados en las entrevistas con las mujeres participantes de investigación durante el trabajo parto y parto, que remiten la siguiente información:

Gráfico N° 8 Procedimientos en el trabajo de parto



Fuente Elaboración propia, 2017 a partir de las entrevistas realizadas a mujeres participantes de la investigación.

El gráfico anterior determina los procedimientos definidos por el personal de salud en la atención del trabajo de parto, una mujer se le rasuro sus genitales, una le practicaron enema, cuatro tuvo rotura artificial de la bolsa, a seis les colocaron la vía intravenosa, siete recibieron oxitocina sintética y siete se les monitoreo la actividad fetal.

3.3.3.2 Ruptura artificial de la bolsa y oxitocina sintética.

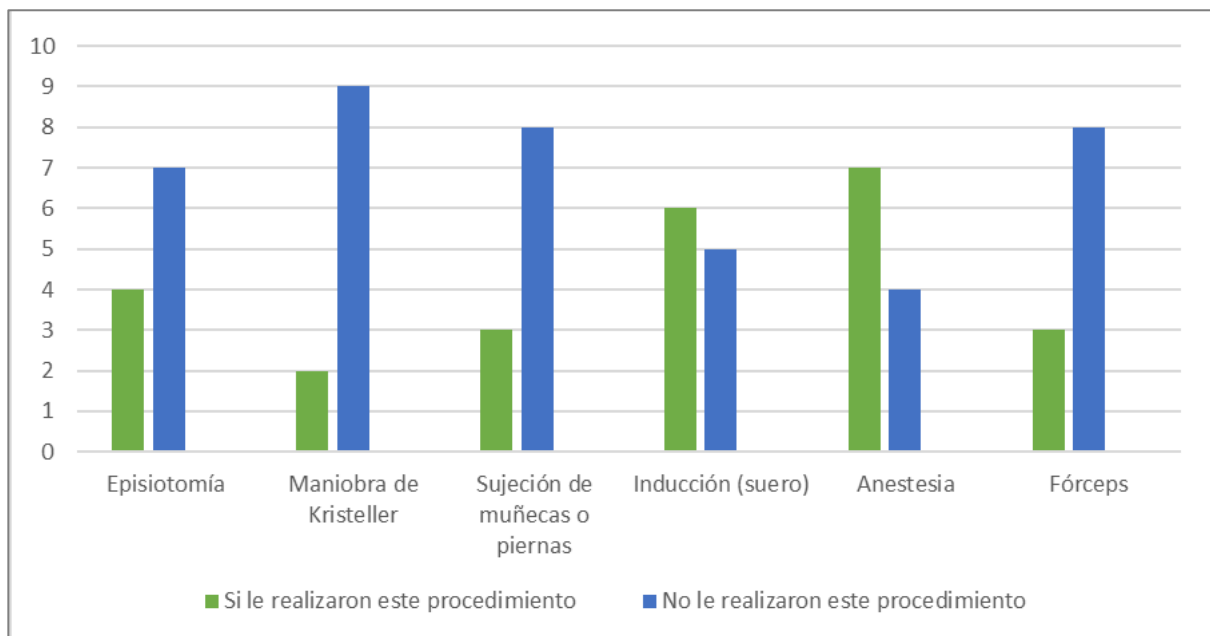
Entre los procedimientos practicados sobresalen la ruptura artificial de la bolsa y aplicación de la oxitocina sintética, efectuados por profesionales de obstetricia, medicina o del ámbito de la salud como métodos de aceleración del parto. En lo que respecta a la ruptura de membranas, Castro (2014) menciona que es utilizada para acelerar el trabajo de parto “es uno de los procedimientos más comunes en obstetricia de forma rutinaria (...) se practica con el propósito principal de aumentar las contracciones y, por tanto, de disminuir la duración del parto” (p.31), mientras que la oxitocina es calificada como una droga que intensifica las contracciones, induce el parto y acelera la dilatación (Quevedo, 2012).

El uso de estos métodos frena la naturaleza del proceso de parto, Odent (2011, 2009, 2000) argumenta

(...) la atmósfera del parto es crucial para garantizar la secreción hormonal (especialmente oxitocina) por parte de las mujeres, lo que permite un parto y posparto menos problemático. También considera que una asistencia despersonalizada, monitoreada tecnológicamente y con falta de privacidad, son factores clave que obstaculizan la relajación necesaria para liberar las hormonas (citado en Bellón, 2015, pp. 106-107)

Por lo que se somete al binomio al aumento del dolor, riesgo de sufrimiento fetal, hemorragias, infecciones, autismo, atenuando el vínculo madre- hijo, hija, consecuencias que son visibles en un corto, mediano o largo plazo. En relación con la etapa de parto, el siguiente gráfico muestra información de los procedimientos efectuados en las mujeres entrevistadas:

Gráfico N° 9 Procedimientos en el parto



Fuente: Elaboración propia, 2017 con base en las entrevistas realizadas a mujeres participantes de la investigación.

En el caso de los procedimientos a las que fueron sometidas en el parto, a siete mujeres se les efectuó la episiotomía, dos mencionan que se les realizó la maniobra Kristeller, a tres se les practicó sujeción de muñecas y piernas, en seis de ellas se suministró el suero de inducción, siete recibieron anestesia y en tres utilizaron fórceps para retirar al bebé.

A las participantes de la investigación se les consultó si habían estado de acuerdo estos procedimientos, la mayoría estuvo de acuerdo con el uso de anestesia, inducción de suero y la sujeción de muñecas y piernas, este último aspecto hace referencia a las mujeres que tuvieron el parto por cesárea.

3.3.3.3 Maniobra de Kristeller

En relación al uso de la maniobra de Kristeller, que consiste en presionar el útero de la embarazada con el brazo o antebrazo con el fin de acelerar la salida del feto, las mujeres manifestaron no estar de acuerdo, ya que les pareció innecesario. La OMS (1985) considera este procedimiento peligroso, pues trae consecuencias como: hemorragias en la mujer, ruptura uterina, histerectomía (sin posibilidades de tener más hijos), desprendimiento de placenta, lesiones en órganos internos, hematomas en el binomio, obstrucción de parto, hipoxia fetal, quebradura o lesión de costillas, miembros superiores y de la médula espinal del bebé (Quevedo, 2012). La exposición del cuerpo a este procedimiento se deriva de consideraciones históricas que coloca a las mujeres como objetos pasivos, de intervención, despojando su humanidad y consecuentemente violentando sus derechos

El sexismo de las sociedades patriarcales que sugiere que los cuerpos de las mujeres pueden ser tratados sin consideraciones en favor de un parto rápido y aséptico, puede ser leído como una de las creencias culturales machistas que impregnan la práctica médica sin apenas ser advertidas o criticadas. (Bellón, 2015, p.107)

Por tanto, es recomendable que esta maniobra no se llegue a utilizar, salvo en casos muy específicos que sí puedan traer un beneficio para la mujer como para el feto, sin embargo, se deja evidenciado que existen muchas consecuencias negativas en la aplicación de esta.

3.3.3.4 Episiotomía

Otro procedimiento que genera riesgos en la salud es la episiotomía o piquete “corte que se realiza en el tejido alrededor del orificio vaginal con el fin de ensanchar la salida de la vagina, este se hace en el momento en que está saliendo la cabeza del bebé” (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014, p.228). Alrededor de esta práctica existe controversia, la OMS estipula que:

No hay ninguna evidencia de que la episiotomía de rutina reduzca el daño perineal, un futuro prolapso vaginal o la incontinencia urinaria. En realidad, la episiotomía de rutina se asocia con un aumento de los desgarros de tercer y cuarto

grado y la consecuente disfunción muscular del esfínter anal. (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014, p. 200)

Quevedo (2012) considera que los desgarros naturales cicatrizan más rápido y con menos dolor, contrario a la episiotomía, técnica que se puede evitar ampliando el tiempo natural de parto y respetando las posiciones por las que opte las mujeres para parir, por tanto, no debe verse como un procedimiento de rutina.

Esto se da principalmente, porque durante el proceso de parto las mujeres se perciben como cuerpos que deben ser sometidos y disciplinados, incautados por referencias androcéntricas que prolongan el patriarcado, es así que se confinan “al lugar de espectadora de los acontecimientos que toman lugar en su propio cuerpo. Se le informa a medias y no se la incluye en la toma de decisiones. Es decir, se le anula su condición de sujeto moral, su voluntad es negada porque de ella se demanda sólo aceptación y obediencia, bajo el supuesto de brindarle ayuda” (Arguedas, 2014, p.163) lo que anula su condición de sujeta, autonomía y libertad; vulnerabilizado su situación.

3.3.3.5 Uso de fórceps

Además de estos procedimientos, se consultó el uso de fórceps (instrumento quirúrgico que consta de dos paletas metálicas utilizadas para facilitar la salida de la cabeza del bebé del canal de parto); Quevedo (2012) asegura que su empleo pueden generar secuelas fisiológicas, cognitivas, psicológicas y económicas, los músculos de la pelvis de las mujeres queden lesionados, marcas temporales en la cabeza del recién nacido, daños en los nervios, fracturas en el cráneo, daño cerebral asociado a causar un leve o severo retraso mental, por tanto su empleo debe ser en casos muy calificados con un adecuado control.

Es necesario conocer los saberes que se constituyen como hegemónicos en un tiempo dado. Es a partir de la validación de estos saberes que se generan prácticas de dominación sobre cuerpos que deben entregarse dóciles a quien es dueño de la sabiduría. Estos/as profesionales, están formados/as bajo un modelo positivista de la ciencia, que enfatiza la objetividad y la separación entre el sujeto que conoce y los objetos que son conocidos y tienden entonces a dirigir autoritariamente. (Canevari, 2011, p.87)

En ese sentido, el cuerpo de las mujeres se dispone en los centros de salud como campos de conquista, dominio y poder, silenciando sus voces, saberes y derechos ante las necesidades del proceso de embarazo.

3.4 Medicalización

La medicalización representa una dimensión de la salud que muestra mayor debate en torno a los beneficios y contraindicaciones que produce en la vida de las personas en relación al proceso de embarazo, el Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias (2014) especifica la importancia de algunos medicamentos como el hierro y el ácido fólico.

El hierro es un elemento que está presente en la naturaleza y es necesario para la formación de la hemoglobina para transportar oxígeno a los tejidos, mientras que el ácido fólico permite la formación de células sanguíneas, entre estas los glóbulos rojos, y es utilizado para prevenir y tratar la anemia megaloblástica, “administrado alrededor del tiempo de la concepción limita el riesgo de aparición de trastornos en el cierre del tubo neuronal” (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014, p.211). Lo que indica que dentro del proceso de embarazo persiste la necesidad de medicar a las mujeres para cuidar su salud y constituir el desarrollo del embrión.

Bueno primero los normales del embarazo, las vitaminas, el hierro, el ácido fólico (Teresa, comunicación personal, enero 2017).

El hierro y el ácido fólico que manda la Caja, (...) creo que solamente (Vanessa, comunicación personal, febrero 2017)

Esto representa un punto a favor del trabajo que realiza la CCSS y los servicios de salud, que suministran estos medicamentos, con fin de conservar la salud y la vida del binomio. No obstante, al interior de la medicalización se han producido transformaciones que remiten al debate, Foucault (1990) asegura que a partir del siglo XX la medicina comenzó a sufrir modificaciones

(...) a funcionar fuera de su campo tradicional definido por la demanda del enfermo, su sufrimiento, sus síntomas, su malestar, lo que promueve la intervención médica y circunscribe su campo de actividad, definido por un dominio de objetos denominado enfermedades y que da un estatuto médico a la demanda. (p.160)

A causa de esto, la medicina adoptó un rol autoritario y normalizador, que va “más allá de la existencia de las enfermedades y la demanda del enfermo” (Foucault, 1990, p.161) que se impone a las personas.

(...) estamos hablando de la disciplina como medicina que es una cuestión como de tener un conocimiento y que hay alguien que está por debajo mío, que no conoce, que no sabe, yo sé lo que es bueno para la persona, sin oír lo que, (...) lo que refleja es una medicalización de la salud. (Mónica¹⁷, comunicación personal, mayo 2017)

Es decir, la atención en salud se rige en acciones e ideologías de dominio que estrangula los derechos, patologizan procesos naturales como el embarazo y anulan decisiones que las mujeres toman en torno a su vida y a su cuerpo.

Las inyecciones las deje, no las termine hasta el final del embarazo porque en una de tantas que le pregunte a la tercera doctora ya ella me dijo que eso no era necesario, pero primero me había dicho que era hasta el final del embarazo. Entonces con base en esa contradicción yo tomé la decisión de dejarlas, porque además de que cada vez que me las ponía me sentía mal. Esas inyecciones era para evitar que mi sangre coagulará la de la bebé y la segunda doctora me había mandado un examen para valorar si mi sangre había sido la causante, había salido negativo (el examen); entonces yo ya valore que mi sangre no era el problema entonces decidí dejarla a raíz de la información que me dio la segunda doctora, (...) la tercera doctora me siguió mandando las inyecciones, pero yo ya no las retiraba (...) por lo que todo el embarazo estuve en alto riesgo y súper advertida y muy medicada. (Valentina, comunicación personal, enero del 2017)

A partir de lo anterior, se infiere varias situaciones: se evidencia dispersión de la información sobre las condiciones de salud de la mujer, así como la falta de promoción de la información de las necesidades y los riesgos del uso del medicamento y se supedita las inconformidades de la aplicación, exponiendo el bienestar y la calidad de vida de la mujer.

Estas acciones, según Arguedas (2014,) consienten “la colonización del útero (como lo ha acuñado Ehrenreich) y del cuerpo de las mujeres” (p.154) lo que facilita procedimientos (enemas, oxitócina, episiotomía, cesáreas, rotura artificial, maniobra Kristeller, fórceps, raspaje de útero sin anestesia, tactos vaginales reiterados y corte del cordón umbilical instantáneo) sin estudios y análisis previo, que incauta a las mujeres de su libertad y del ejercicio de sus derechos.

Yo he conocido mujeres que desde el primer momento le dicen usted, es cesárea (...) hay mujeres que, si son 100% cesárea por a, por b, o por c, aquí en China o en donde sea en lo privado o en lo público, pero eso es una cuestión técnica fundamentada, verdad, o porque se complicó en algún momento, pero una mujer

¹⁷ Entrevista semiestructurada a Informante clave para el sustento teórico de la investigación.

que es sana y que además usted no sabe cómo va a reaccionar usted no puede decir. (Mónica, comunicación personal, mayo 2017)

Me dijo yo voy a hacerte una cesárea para que ni siquiera batallemos ni vos, ni yo, entonces yo sabía todo lo que venía porque uno pregunta, pero por parte de ellas no (Valentina, comunicación personal, enero 2017)

La aplicación de medicamentos para efectuar procedimientos a lo largo del proceso de embarazo obliga al personal de salud actuar bajo evidencia científica, teniendo en cuenta que en la prescripción de medicamentos se requiere el consentimiento informado de las mujeres, clarificando los beneficios y consecuencias a su salud y a la del feto.

3.5 Proceso de Parto

A pesar de que la etapa de trabajo de parto y parto tienen aspectos que se entrelazan y presentan similitudes, el parto manifiesta particularidades que requirieron ahondar para comprender su desarrollo, la relación a patrones culturales y al contexto.

3.5.1 Tipo de parto

Según el Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Postparto (2017) el parto constituye la “expulsión o extracción, por cualquier vía, de un feto (...) es la culminación del embarazo, hasta el periodo de salida del bebé del útero” (p.40).

El Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, (2014) menciona que existen dos formas el alumbramiento vaginal o por cesárea, esta última es una intervención quirúrgica utilizada para extraer al feto, “en algunos casos se programa de anticipado cuando hay situaciones que impiden un parto vaginal y durante la labor de parto cuando surgen complicaciones imprevistas” (p.228).

A las mujeres sujetas de investigación se les consultó el método para el nacimiento de su hijo/hija, ocho de ellas tuvieron parto vaginal y las tres restantes fueron por cesárea. Asimismo, la mayoría mencionó que no se les dio información y la opción de escoger el tipo de parto “No es como que a uno le pregunten, ¿quiere cesárea o parto vaginal?” (María, comunicación personal, enero 2017).

Estas ideas, según Nari (2014), se fortalecen a través de los servicios sanitarios que consolidan “las teorías médicas sobre los cuerpos y la salud de las mujeres” (p.103), legitiman el poder que otorga el Estado, garantizando la prolongación del sistema patriarcal y el control

extremo de procesos naturales que son determinantes de la población femenina, lo que invisibiliza y viola sus derechos en su condición de sujeta humana histórica.

En relación a este tema, es vital establecer desde la atención prenatal información que remita a las mujeres de los efectos positivos y negativos que existen alrededor de los métodos del parto para la toma de decisiones conjuntas, Serna (citado en Ortiz 2017) menciona:

El alumbramiento natural se está desvirtuando por los temores y la poca información de la madre, pero, en general, la mayoría de los obstetras pensamos que esa decisión debería ser tomada únicamente por razones médicas, porque creemos que la cesárea cuando se compara con el parto vaginal tiene muchísimas desventajas. (párr.3)

Ante esta situación la OMS (2015) expresa que la cesárea debe realizarse bajo pruebas que justifiquen la intervención para prevenir complicaciones y la mortalidad materna e infantil; por ende, en la atención de las mujeres en el ejercicio del derecho a la salud es trascendental que el personal de los centros de salud informe a la población eliminando temores y percepciones del parto, en el que se promueva el proceso natural cuando la condición de salud del binomio lo permita.

3.5.2 Posiciones durante el parto

A través del tiempo, el parto ha adquirido diferentes representaciones en la sociedad, según Sadler (2003)

El parto, antes un fenómeno social compartido por la comunidad donde una red de apoyo formada por familiares y amigos rodeaban a la mujer, ha pasado a estar en manos de la medicina y sus practicantes. Este fenómeno se relaciona directamente con el traslado del parto desde el hogar al hospital, lo que ha implicado que donde antes participaran principalmente familiares y amigos, hoy participe el personal médico; donde antes existiera una jerarquía equilibrada entre los participantes, hoy se aprecie una hegemonía del conocimiento médico; y donde se utilizaran métodos naturales, hoy se privilegie el empleo de sofisticada tecnología. Esto nos lleva a postular que, a mayor medicalización del proceso del parto, menor (o nula) será la autoridad que la mujer y sus redes de apoyo puedan ejercer durante el proceso. (p. 8)

Gupta y Nikodem (citados en Arguedas, 2014), tras su investigación de las prácticas realizadas en la atención durante el parto, determinan que en algunas sociedades la posición supina es inusual, “las mujeres se mueven libremente, cambian de posición cuando lo desean

o necesitan” (p.153), hacen uso de mecanismos para apoyarse (postes, piezas de tela anudadas, hamacas) y alternar posturas (arrodillarse, agacharse o acomodarse en el suelo) (Arguedas, 2014), que les permite un mayor control del dolor natural que produce el proceso, de su entorno y de quienes la acompañan.

Al contrastar la atención del parto en el contexto costarricense, el Manual técnico perinatal para mujeres gestantes y sus familias (2014) anticipa elaborar un plan de parto, en el que se informe al personal de salud las posiciones que quieren asumir las mujeres durante la labor y el parto, posibilitando la escogencia para procurar comodidad, satisfacción, protagonismo, seguridad, canalizar el dolor y que mujeres puedan dilatarse de manera más sencilla. Sin embargo, en las experiencias de las mujeres participantes de la investigación se prevalece una concepción mecanizada, biomédica, sin opciones, que no toma en cuenta la opinión y los saberes de las mujeres, diferente a la que mencionan los autores anteriores.

No, de hecho ahí me acostaron agárrese de aquí, le vamos a subir los pies aquí y puje, cuando yo termine el trabajo de parto, yo sentía que yo no me podía mover, yo tenía el cuerpo como muerto, y de hecho así pase una semana, uno siente como que todos los músculos le duelen, porque usted estuvo haciendo mucha fuerza, agarrada (...) yo sé que la cesárea también es muy molesta pero yo no puedo mover el cuerpo, es decir también termine después de un parto vaginal, sin poder moverme yo sentía cuando la bebé lloraba decía dios mío, no llore porque yo no me puedo levantar, a mí el cuerpo me duele demasiado, entonces igual yo siento que si uno pudiera escoger algunas posiciones, tal vez uno no presiona tanto los músculos, (...) yo creo que pueden haber otras formas donde uno pueda como acomodarse mejor siento yo, verdad (Dania, comunicación personal, febrero 2017)

Se ha manifestado que, en un pasado, las mujeres mantenían una posición más libre contrario al presente, en el que se ha optado por “una posición estática y prácticamente fija para todas las mujeres que van a dar a luz. Son conocidas las diferentes posiciones y posibilidad de movimientos de la mujer durante el parto, pero en la práctica no se refleja actualmente” (Pérez, 2015, p.4), sometiendo un proceso natural a condiciones deshumanizantes que fragilizan los derechos.

No, en eso a uno no lo dejan decidir, nada más lo acuestan y le dicen suba los pies en cómo se llama, las camillas tienen unas cosas así para subir los pies, nada más suba los pies ahí y levántese un poco y agarrarse tiene como unos soportes a los lados nada más. (Ana, comunicación personal, enero 2017)

En otras palabras, el parto está intervenido por una percepción androcéntrica de control extremo del cuerpo de las mujeres “mediante un gesto o una palabra, suscitan o borran, con la jerarquía del personal que espía, organiza, provoca, anota, informa, y que acumula una inmensa pirámide de observaciones y expedientes” (Foucault, 1976, p.34), el cual reproduce principios de dominación expresados en las relaciones de poder entre las mujeres y el personal de salud que se ve beneficiado.

En esto, es fundamental reestructurar la visión del parto, es necesario entender que es un proceso biosocial, en el que interfieren factores biológicos universales y sociales particulares (Blázquez, 2005), por ende, resulta importante divisar la situación de la mujer (las relaciones familiares, la condición de salud, componentes ambientales, estatus social) para proteger su salud y la del nasciritus.

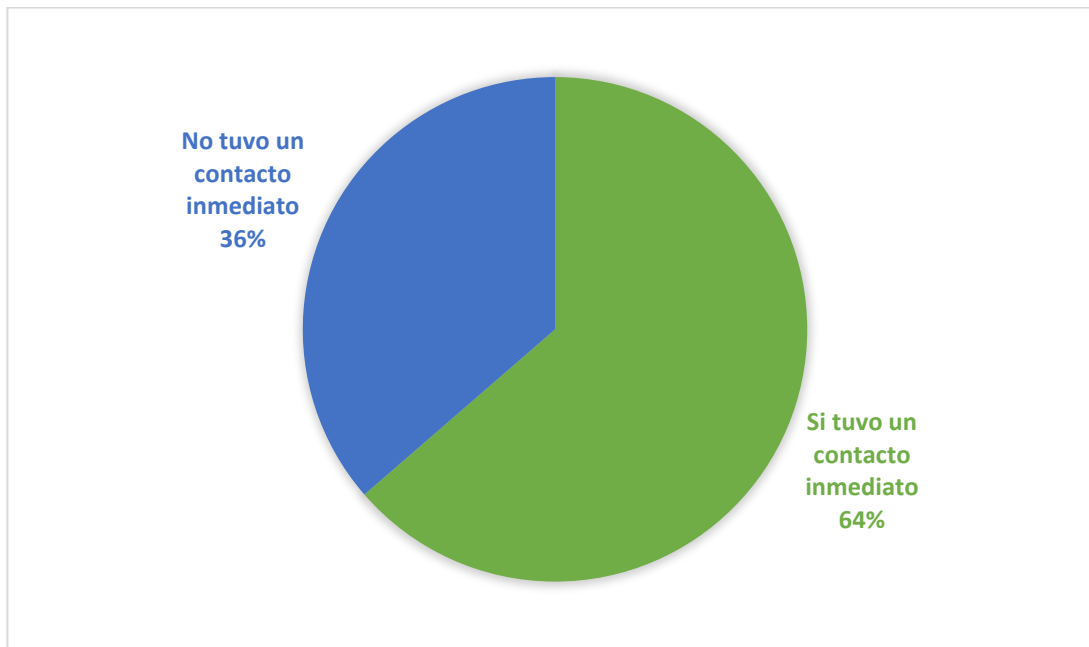
3.5.3 Primeros momentos de contacto entre la mujer y el recién nacido

En relación con dicho tema, la OMS (1985) recomienda lo siguiente: “el recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos” (p.2).

Seguidamente, el Manual Técnico de Educación Perinatal (2014) constata que el contacto (tocar, abrazar, acariciar y alimentar) entre la mujer y la o el recién nacido, genera implicaciones positivas a corto, mediano y largo plazo. Según Quevedo (2012), el primer contacto es muy importante para el binomio, pues se elevan los niveles de la oxitocina, endorfinas y prolactina, lo que facilita el vínculo afectivo entre la mujer y su hijo o hija, la expulsión de la placenta, la disminución de hemorragias y la estimulación de la lactancia. Asimismo, el acercamiento “tiene efecto calmante y de confort, el ritmo cardiaco, así como la temperatura del bebé se regula y la ansiedad de la madre disminuye” (p.241).

En correspondencia con ese tema, se les preguntó a las mujeres participantes de la investigación sobre la posibilidad del contacto inmediato con su hijo o hija después del parto

Gráfico N° 10 Contacto con la persona recién nacida después del parto



Fuente elaboración a partir de las entrevistas a mujeres participantes de la investigación, 2017.

A partir de la información percibida de las entrevistas, a siete mujeres (64%) se les permitió tener ese contacto inicial, aunque fue muy corto, pues duró unos minutos o segundos, a otras tres no se les brindó esta posibilidad, bajo la justificante que se les practicó cesáreas, y a una mujer se le negó debido a las complicaciones de salud que presentó el recién nacido.

(...) yo realmente agradecí, aunque sea ese momentito y verla ahí entonces más bien yo desarrolle más apego de verla inmediatamente, de verle los ojitos. (Paola comunicación personal, febrero del 2017)

(...) él nació y me lo pusieron inmediatamente en el pecho y ya después de eso fue menos de un minutito, tal vez, que me dejaron con el bebé en el pecho y ya después se lo llevaron para limpiarlo y hasta la hora fue que lo pude tener conmigo. (Carolina comunicación personal, enero del 2017)

Esto entrevé un punto a favor de la atención del proceso de parto de los servicios de salud que establece la CCSS al favorecer el contacto inmediato. Sin embargo, las mujeres sujetas de investigación manifestaron la necesidad de aumentar el tiempo que se establece para este primer contacto, que según Rodríguez (2011) es importante que se geste “desde el momento de su nacimiento hasta 2 horas después” (p. 239), a fin de propiciar el vínculo afectivo y considerar las características de la persona recién nacida.

Sí, yo creo que sí, vieras que yo pensaba que no, pero ese vínculo no es como que ya uno tiene el vínculo con el bebé, el bebé es una persona desconocida, y uno es una persona desconocida para el bebé, y eso que se lo traen a uno un rato después, media hora después, usted tiene que comenzar hacer como ese reconocimiento, bueno este es mi bebé, yo soy su mamá, comenzar como a crear ese vínculo, mientras que yo creo que si sacan y se lo ponen a uno, usted siente ese vínculo como más rápido, más inmediato, y usted dice si este es mi bebé, acaba de salir, está todo lleno de mi sangre y todo, en cambio ya se lo traen a uno ahí y es como bueno este es mi bebé, ya es como conozcámonos, venga tome leche, el bebé tiene que ver que esa es la mamá también y ya que se va a pegar ahí a tomar lechita y todo el asunto, pero vieras que sí es como presentarle a uno un desconocido, no es como el vínculo inmediato que uno piensa que se crea, no, es como comenzar a crear ese vínculo en ese punto, mientras que yo nose por qué no paso pero yo me imagino que si a uno le ponen el bebé inmediatamente y uno puede tener eso, hasta el dolor seguro es más llevadero, ya uno se le olvida rápido el dolor, todo lo que pasó (Dania, comunicado personal, 2017)

Además, la duración que se consiente en los servicios de salud para las aproximaciones entre mujer-hijo, mujer-hija puede estar mediadas por construcciones históricas en torno a los estereotipos de género que subyacen en la sociedad.

Aquí es donde las niñas van en principio a aparecer como privilegiadas. Un segundo destete, menos brutal, más lento que el primero, sustrae el cuerpo de la madre a los abrazos del hijo; pero es sobre todo a los varones a quienes se les niegan, poco a poco, besos y caricias; en cuanto a la niña, continúan mimándola, se le permite vivir pegada a las faldas de su madre, el padre la toma sobre sus rodillas y le acaricia los cabellos; la visten con ropas suaves como besos, son indulgentes con sus lágrimas y sus caprichos, la peinan con esmero, divierten sus gestos y coqueterías; contra la angustia de la soledad la protegen contactos carnales y miradas complacientes. (Beauvoir, 1949, p.111)

La reproducción de estas prácticas conlleva a imponer una forma específica de hombre y mujer que legitima el sistema patriarcal, refuerza las desigualdades sociales y de género; frenando alternativas de masculinidad y feminidad ante esta estructura. En este sentido, conviene subrayar la importancia que en los centros de salud se promueva y garantice el contacto independientemente del tipo de parto y solo para casos calificados y con evidencia científica se posponga, ya que se ha comprobado que el acercamiento inicial trae beneficios para el binomio.

3.6 Derecho a la información en el trabajo de parto y parto

El derecho a la información se vincula a la dimensión de accesibilidad que dispone el sistema de salud y que representa un importante recurso durante estas etapas, este derecho se plasma en dos vías, la primera está relacionada a la condición de salud del feto en el trabajo de parto y del recién nacido en el parto; entretanto la segunda se relaciona con el consentimiento informado, que expresa la aprobación o desaprobación de las mujeres de las intervenciones que se propone en el manual y que facilita el personal de salud.

3.6.1 Derecho a la información sobre la condición de salud del feto y de el/la nacida (o)

El derecho a la información se asocia al artículo 19 de la Declaración de los Derechos Humanos (1948), que expresa que todas las personas tienen derecho a la libertad, a investigar y recibir información “sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión” (p.6). Por su parte, Morrone (2016) establece que las mujeres durante el proceso de embarazo tienen el derecho de recibir información

(...) comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento. A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia. (p.3)

Estas acciones obligan al personal en salud a informar, constantemente, a las mujeres de la condición de salud del feto en el trabajo de parto y del recién nacido en el parto, a escuchar y dar espacio a las solicitudes o cuestionamientos que emergen en el papel protagónico de la población femenina, a tomar en cuenta sus decisiones y a respetar las valoraciones que manifiesten. En la consulta con las mujeres participantes de la investigación en relación con dicho tema, en lo referente a la labor de parto cuatro mujeres manifestaron que se les informó regularmente, representando una fortaleza en el sistema de salud; mientras que en el caso de las restantes siete mujeres no se les comunicó continuamente pese a las dudas que tenían.

Yo, a cada momento, le decía a la obstetra mi bebe viene con una circular que se supone que si ellos saben que es algo crítico uno esperaría que el monitoreo fetal fuera más continuo, más constante cosa que no fue. (Paula, comunicación personal, febrero 2017)

No, (...) me conectaron el monitor para ver cómo estaba la bebé y no se movía y ya me había quedado sin líquido esa era la principal razón de la cesárea que no

tenía su líquido y no se movía, cuando me conectaron el monitor ahí ya sí se asustaron porque ya la vieron seca y no se movía, me pusieron suero con azúcar para ver si eso la hacía reaccionar (la bebe) no se movía. (Valentina, comunicación personal, enero 2017)

La imposición de relaciones desiguales representa parte de las debilidades que manifiesta los servicios de salud, prescindiendo de las inquietudes y necesidades que exteriorizan las mujeres, lo que obstaculiza la exposición de aprendizajes, saberes, decisiones y acciones ante el trabajo de parto.

En ese sentido, Facio (1999) explica el colectivo de mujeres

(...) cuyos deseos, necesidades y experiencias han sido invisibilizadas o subvaloradas y desde allí contribuye al desmantelamiento de todos los mecanismos y formas que asumen los sistemas de dominación. El género es múltiple y por ende, las perspectivas de género de las mujeres también lo son. (...) Así, las perspectivas feministas parten de la experiencia de subordinación de las mujeres, pero al hacerlo visibilizan las relaciones de poder entre los géneros y el hecho de que en todo discurso hay una perspectiva involucrada. (p.17)

De tal manera, los centros de salud transfieren el modelo androcéntrico y biomédico, parcializando la información sobre la situación de salud del feto, excluyendo derechos vinculantes (autonomía, toma de decisiones, libertad), que dificultan la labor del parto y parto generando inclusive complicaciones (hemorragias, sufrimiento fetal, hipertensión arterial, infecciones, mala posición del feto, cordón umbilical enredado y prolapso de cordón umbilical) que a largo plazo determinan consecuencias en la salud de las mujeres.

Referente a la información recibida en el parto de la condición de salud del feto y de la nacida (o), cuatro mujeres manifestaron que, en repetidas ocasiones, se les brindó información y las restantes siete mujeres expresaron que recibieron información escasa o nula.

No exactamente a mí, nada más lo hicieron gritado, nada más el peso, cuanto mide y de que estaba bien. Gritando de quien lo agarro al que lo atiende, al que tiene que apuntar digamos que en el librito. (Sara, comunicación personal, enero 2017)

Ellos no me dijeron si se había salido o no, diay al bebé yo solo lo vi, así como, la agarran y viene toda morada y de una vez la llevan a pesarla y a darle, yo no se le dan algo. (Dania, comunicación personal, febrero 2017)

La atención del parto se evoca a al control de los cuerpos, realidad que confronta a las mujeres al panóptico del que habla Foucault (1975), y el personal de salud toma posición de vigilancia, referida a perfeccionar el poder y su funcionamiento, desprendiendo cualquier resistencia o rozamiento.

El objetivo o función de utilidad del poder obstétrico sería la producción de cuerpos dóciles femeninos que permitan maximizar la efectividad de los embarazos, los partos y del cuidado de los recién nacidos. Esto solo es posible si el embarazo y el parto se construyen subjetivamente como procesos de alteración y desorden que deben ser vigilados con minuciosidad para que no causen caos. De ahí que la mujer embarazada haya terminado transformada en una persona discapacitada o enferma. (Arguedas, 2014, p.156)

De dicha forma, la mujer no es participe de ese momento resultado de la imposición del poder obstétrico, lo que permite la omisión parcial o total de información referente a la condición de salud de su hijo o hija, no siendo precedencia del personal de salud ofrecer datos que generen tranquilidad, seguridad y reconocimiento del recién nacido/nacida, en consecuencia, la atención resulta ser deshumanizada y despersonalizada.

La desigualdad de género se percibe en la información que se remite y se percibe, las mujeres en diferentes planos (institucional, familiar, laboral) se comprenden como “objeto de una información, jamás sujeto en una comunicación” (Foucault, 1975, p.127) dejando desprovistas de acciones que prescindan de la equidad y la calidad de vida en las mujeres. Lo cual revela que, en el trabajo de parto y el parto, la prioridad es atomizar situaciones, brindar información arbitraria, sin dar explicaciones, invisibilizando el papel de las mujeres, sus voces, pensamientos y el dolor, por lo que se somete a manifestaciones violentas en el cuerpo, su saber y en las emociones.

3.6.2 Consentimiento informado

En el derecho a la información nace el consentimiento informado, que comprende la valoración y decisiones de las mujeres para cada uno de los procedimientos y suministro de medicamentos que realice el personal de salud Dentro del país, las normativas relacionadas al consentimiento informado son la Constitución Política (artículos 24 y 27), Ley General de Salud (artículos 10 y 22), Ley Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados de Costa Rica (2002) y en el Reglamento del consentimiento informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense del Seguro Social (2012) (Caja

Costarricense del Seguro Social, 2014), que constituyen instrumentos de consulta para todas las personas usuarias de los servicios de salud.

La Caja Costarricense del Seguro Social (2012) establece que el consentimiento es:

Un proceso de comunicación continua, predominantemente oral, entre los funcionarios de salud y la persona usuaria, que reconoce el derecho de ésta a participar activamente en la toma de decisiones, respecto a los procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos o de investigación biomédica, todos los anteriores relacionados con su salud, según sea así requerido por criterio profesional calificado. Se entiende, en primer lugar, como el derecho de la persona usuaria a obtener información y explicaciones adecuadas de la naturaleza de su condición o enfermedad, y del balance entre los beneficios y los riesgos de los procedimientos clínicos recomendados; y, en segundo lugar, como el derecho de la misma persona usuaria a consentir o no el procedimiento clínico recomendado. (p.1)

Lo anterior, le exige al personal de salud mantener un proceso de comunicación continuo, horizontal y asertivo con las mujeres y sus familias demandantes del servicio, emitiendo información y retomando lo que evalúen, para que de esa manera la mujer asuma un papel de participe en la toma de decisiones.

Hasta hace muy poco tiempo, la toma de decisiones médicas había dependido del criterio exclusivamente del médico. Los médicos debían intentar por todos los medios aplicar los tratamientos indicados. Para ello podían manejar u ocultar la información, valerse del engaño e incluso a veces de la coacción. Todo ello, naturalmente, con el noble propósito de beneficiar al enfermo. Pero en los últimos años se ha comenzado a pensar que el paciente debe participar en la toma de decisiones médicas. El paciente debe poder decidir de acuerdo con sus propios valores y prioridades, que pueden no coincidir con los del médico. Este es el derecho que pretende reconocer el Consentimiento Informado. (Sánchez, 1996, p.2)

La información que ofrece la institución y el personal de salud debe ser clara, concisa, objetiva, desde la evidencia científica; de manera que las mujeres y sus familias comprendan situaciones, procedimientos y prácticas, que faciliten posteriormente su evaluación en la solicitud de consentimiento. En el caso de las participantes de la investigación la mayoría declaran no ser sujetas de consulta:

Diay no le dan a uno opción, es decir lo que le digo es que yo sentí que, yo creí que era un tacto normal y lo que era, era para romperme la bolsa, en esos

momentos diay ya usted no puede decir no. (Dania, comunicación personal, febrero del 2017)

(...) pero en ningún momento me dijeron esto es un medicamento que se llama así que va a ayudar a que aligere más las contracciones para que usted pueda tener su bebé lo más rápido posible está de acuerdo que se lo coloquen o usted prefiere que las contracciones vinieran “conformes” (más natural) nunca dijeron. (Paula, comunicación personal, febrero 2017)

No, no me preguntaron nada, el bebé no está saliendo le vamos a hacer el piquete, de una vez y yo decir algo nada, se le va a hacer y se le va a hacer. (Carolina comunicación personal, enero 2017).

No hay como un acuerdo, como ¿está de acuerdo o no? (¿Y sobre la anestesia y el suero estuvo de acuerdo?) No le preguntan a uno (Teresa comunicación personal, enero 2017).

Esos relatos son evidencia de la historia de las mujeres, en los que se transversaliza la posesión del cuerpo, la extirpación de las voces femeninas, quebrantamiento de expectativas y supresión de conocimientos, producto del sistema patriarcal que antepone la visión humana androcéntrica expresada en el sistema de salud.

Cuando una persona ingresa a un hospital público, simbólicamente pasa a ser un/a paciente. Pasa a ser un cuerpo que necesita cuidados y es medicado e intervenido. Pasa a ser un/a individuo/a al que se aparta de los vínculos sociales que lo sostienen. Pasa a subordinarse de manera obediente a las normas institucionales y a las/los profesionales que la asisten. Deja de tener autonomía sobre sí misma, sobre la posibilidad de tomar decisiones, porque los conocimientos no le pertenecen. (Canevari, 2011, p.15)

El resultado expone a las mujeres a explicaciones subjetivas respecto a procedimientos o prácticas imponiendo ideas y patrones masculinos para mantener el statu quo, prescindiendo de su autorización y del consentimiento que les corresponde para la toma de decisiones.

Incluso cuando algunas mujeres expresaban que estaban preparadas para iniciar el parto y pujar, el proceso no se iniciaba oficialmente hasta que el o la médico daba su consentimiento. Por ejemplo, la autora lo ilustra a través de un caso real en que el médico dijo “puede empujar” dirigiéndose no a la mujer de parto, sino al equipo médico. (Jordan citado en Bellon, 2015, p.101)

Es importante comprender que el papel del personal debe ser un medio de acompañamiento que recomiende, oriente y canalice dudas que pueden surgir en el proceso de

embarazo, sin ejercer un rol paternalista ni autoritario para respetar las decisiones y demandas que perciben las mujeres.

3.7 Principales hallazgos de la atención en salud pública de las mujeres durante el proceso de embarazo

En Costa Rica, la salud está provista de herramientas (política, legislación, disposiciones, protocolos) que actúan como medios de protección para garantizar y posibilitar el acceso a los servicios de atención en el ejercicio real del derecho a la salud. Es importante que la inversión en salud retome lo planteado por la dimensión de disponibilidad facilitando recurso humano, infraestructura especializada (salas de parto, salas de espera, salas de visitas o de acompañantes, cortinas, paredes modulares, camas especiales, servicios sanitarios, calefacción, iluminación tenue, audio, video) que permita privacidad comodidad y seguridad a las mujeres y sus familias; además accesorios (bolas, “mat”, velas, parlantes) y equipo tecnológico de avanzada y alta calidad, que procure condiciones óptimas para la atención integral del proceso de embarazo.

Desde la dimensión de la accesibilidad, el manual comprende un insumo fundamental en la atención del proceso de embarazo que facilita información a las mujeres, sus familias, acompañantes y las personas que laboran en los servicios de salud, sin embargo el sistema de salud administrativo se encuentra bajo las pretensiones del mercado, desajustando los procesos y los trámites burocráticos, retrasando la captación pronta de las mujeres, la atención oportuna de las necesidades que manifiesta el proceso de embarazo y condicionando el derecho a la salud.

En cuanto a la aceptabilidad se plantea que los servicios de salud requieren incluir en sus enfoques el género dentro de los diferentes niveles constituyendo sustentos teóricos y metodológicos de atención que profundicen en las desigualdades, las necesidades históricas de las mujeres, los tipos de violencia (simbólica, institucional, psicológica, física) que vulnerabilizan la situación de la población femenina y que vislumbre las particularidades que subyace en el proceso de embarazo. También, la aceptabilidad expresa la exigencia de trazar una cultura de responsabilidad y respeto, líneas de acción comprometidas con la prevención, diagnóstico, supervisión y control de riesgos que puedan conllevar a la mortalidad materna y perinatal. A la vez esta dimensión permite evaluar la evolución, en que se prepara y orienta a las personas partícipes en temas referentes al proceso de embarazo, para procurar el bienestar del binomio y el cumplimiento amplio del derecho a la salud.

Bajo dicha premisa, debe promoverse la participación e involucramiento de las personas que acompañan a las mujeres, debido que son una fuente de apoyo que posibilita bienestar y satisfacción de necesidades en las distintas etapas que comprenden el proceso de embarazo. Por último, en la dimensión de calidad que preside los servicios en salud, se manifiestan menesteres de capacitación desde el punto de vista del género, de la tecnología, de lo científico y médico; para así generar empatía, fomentar la autonomía, la autoestima y cumplir con altos estándares de calidad en la atención integral (físico, social, emocional y psíquico) de las mujeres y sus familias procurando el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida.

Es fundamental que la atención se distancie del paradigma biologista de la salud, que reproduce abordajes mecánicos, androcéntricos y parciales que anulan la visión integral de la salud, las dimensiones sociohistóricas y políticas constitutivas (emocionales, psicosociales, sexuales, reproductivos, económicos, culturales, ideológicos) de las mujeres y la sociedad, de manera que se fortalezca los servicios siendo interdisciplinarios, asequibles, aceptables y de calidad, que posibiliten el ejercicio y la protección del derecho a la salud. Es decir, la propuesta de atención debe dirigirse a comprender el embarazo como un proceso que facilita el desarrollo social, económico y político de la sociedad, en que las mujeres son protagonistas y sujetas de derechos, y por ende en la atención debe prevalecer información objetiva y el consentimiento de las mujeres en las decisiones concernientes en este.

Capítulo IV: Manifestaciones de violencia obstétrica vinculadas al derecho a la salud en la atención pública de las mujeres durante el proceso de embarazo

Este capítulo expone las manifestaciones de violencia vinculadas a la salud en la atención pública de las mujeres durante el proceso de embarazo, de manera que engloba las experiencias de las mujeres sujetas de investigación y criterios de profesionales que mantienen cercanía con la situación de la salud, de atención de mujeres y de la violencia obstétrica.

En capítulos anteriores, se abordó la ruta establecida por el Estado para garantizar el derecho a la salud de las mujeres durante el proceso de embarazo, en este se constata la gestión de políticas que son ejecutadas mediante disposiciones y protocolos institucionales, no obstante, en la cotidianidad tales instrumentos están transversalizados por factores estructurales (sociales, culturales, económicos, ideológicos, políticos) y de socialización, que enmarcan dinámicas de violencia naturalizadas y legitimadas, que fragilizan los derechos de la población femenina.

Según Arendt (1970), la violencia ha acompañado el proceso constitutivo de la sociedad “nadie consagrado a pensar sobre la Historia y la Política puede permanecer ignorante del enorme papel que la violencia ha desempeñado siempre en los asuntos humanos” (p.16) representando un recurso de acción que favorece la imposición de proyectos ideológicos. En este proceso, se circunscribe el patriarcado que, bajo razonamientos androcéntricos, instaura definiciones e ideas de los géneros que propician asimetrías, prolonga desigualdades y desvaloriza lo femenino. Sagot (2008) señala “el uso de la violencia es no sólo uno de los medios más efectivos para controlar a las mujeres, sino también una de las expresiones más brutales y explícitas de la dominación y la subordinación” (p.36) que está en continua transformación que genera tipos de violencia de género y en contra de las mujeres.

La historia ha situado la violencia en contra de las mujeres en diferentes contextos sociales (la familia, la escuela, el trabajo, la calle) que profundizan estereotipos, Sagot (2008) asegura que la configuración de la sociedad se ve influenciada por concepciones que relegan a las mujeres a las esferas subalternas, desprovistas de acciones participativas para la producción social. Lo anterior responde a la permanencia del modelo disciplinario androcéntrico que dispone de “métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que

garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad" (Foucault, 1975, p. 87).

En esto las instituciones del ámbito público (escuelas, colegios, universidades, ministerios, tribunales, hospitales) constituyen espacios de normalización de las desigualdades y de la violencia.

Son unos espacios que establecen la fijación y permiten la circulación; recortan segmentos individuales e instauran relaciones operatorias; marcan lugares e indican valores; garantizan la obediencia de los individuos, pero también una mejor economía del tiempo y de los gestos. Son espacios mixtos: reales, ya que rigen la disposición de pabellones, de salas, de mobiliarios; pero ideales, ya que se proyectan sobre la ordenación de las caracterizaciones, de las estimaciones, de las jerarquías. (Foucault, 1975, p. 94)

Bajo esta lógica, se deriva tipos específicos de violencia, entre estas la violencia obstétrica, que se produce en el campo de salud, en ambientes de atención de las mujeres durante el proceso de embarazo. Dicho tipo de violencia se ha manifestado a lo largo de la historia humana, sin embargo, su abordaje y conceptualización es reciente, por ende, se conforman lecturas generales que remiten que la violencia obstétrica son las acciones u omisiones que se presentan en la atención de las mujeres durante el proceso de embarazo y que afectan estructuras esenciales (social, emocional, psíquico, cultural, físico, económico) de la vida de las mujeres y la reproducción de la sociedad.

Otras aproximaciones interrelacionan el género y el poder obstétrico, y especifican que violencia obstétrica además de ser una expresión de la violencia de género, es “un mecanismo de control y opresión, derivado del ejercicio de este tipo específico de poder. El poder obstétrico constituye una forma de poder disciplinario –en esto seguimos a Foucault– que produce cuerpos sexuados y dóciles” (Arguedas, 2014, p. 147). Es decir, la violencia obstétrica dispone de manifestaciones particulares de violencia en contra de las mujeres, que responden a especificidades del proceso de embarazo y a las estructuras (sociales, culturales, ideológicas, políticas y económicas) que lo acompañan, que profundiza las desigualdades y genera consecuencias físicas, sociales, emocionales, psíquicas, económicas e incluso la muerte.

A través de los aportes de las mujeres sujetas de investigación, se precisan las manifestaciones de violencia obstétricas vinculadas al derecho a la salud de las mujeres durante

la atención pública del proceso de embarazo, situación que es urgente revertir a fin de consolidar una sociedad equitativa.

Figura N° 21 Recorrido de la violencia obstétrica



Elaboración propia, 2017.

1. Manifestaciones de violencia obstétrica.

El Grupo de Información en Reproducción Elegida (2015) explica que las manifestaciones de violencia obstétrica abarcan malos tratos, manipulación, asistencia inoportuna, indiferencia, irrespeto, castigo, coacción, daño deliberado a la salud y la violación de derechos, que se explican a través de tipos de violencia (violencia simbólica, institucional, física y psicológica) y de mandatos androcéntricos que exponen y vulnerabilizan los derechos de las mujeres.

1.1 Violencia simbólica

Entre las expresiones de violencia obstétrica que se producen en el ejercicio del derecho a la salud en la atención de las mujeres durante el proceso de embarazo está la violencia simbólica, comprendida según Bourdieu (1979) como la imposición de significados que

legitiman las relaciones de fuerza. La creación de esos significados en torno al proceso de embarazo es un método aprovechado por el patriarcado para naturalizar la maternidad, perpetúa el control del ser, del cuerpo de las mujeres dentro de la institucionalidad y que agudiza la exclusión de la población femenina de la reproducción social de la vida.

1.1.1 Naturalización de la maternidad

Al igual que el género, la maternidad responde a un complejo proceso de construcción social, en la actualidad, movimientos feministas y de mujeres, actúan desde diferentes espacios para transformar la noción naturalizada mujer-madre que ha presidido la historia del proceso de embarazo. Ciertamente, a nivel biológico son las mujeres quienes tienen capacidad de albergar embriones o fetos, sin embargo, afirma Simone De Beauvoir (1949) no existe el “instinto maternal innato y misterioso” (p.119), las expresiones de la maternidad en la sociedad son resultado de la socialización que reciben las personas en particular las mujeres y que se incentiva desde los primeros años de la infancia.

La niña comprueba que el cuidado de los hijos corresponde a la madre, y así se lo enseñan; los relatos oídos, los libros leídos, toda su pequeña existencia, se lo confirma; se la estimula a extasiarse ante aquellas riquezas futuras, le dan muñecas para que ya adopten un aspecto tangible. Su «vocación» le es dictada imperiosamente. Como el hijo se le presenta como su destino, como también ella se interesa por su «interior» más que el niño por el suyo, la pequeña siente una particular curiosidad por el misterio de la procreación; deja pronto de creer que los bebés nacen de las coles o que los traen las cigüeñas; sobre todo cuando la madre le da hermanitos o hermanitas, aprende, en seguida, que los pequeñuelos se forman en el vientre materno. (p. 119)

Este proceso transversaliza la sociedad y sus instituciones (entre estas las de salud), que origina, adapta y transforma los discursos y/o ideas en torno al proceso de embarazo, que propician violencia obstétrica y expresiones simbólica que facilitan la normalización.

Tal vez, una se siente presionada (dar de mamar) porque como a mí me costó, cuando ella estuvo internada las enfermeras de neonatología si eran, bueno una en particular era muy grotesca y decía es que ya usted es mamá, eso viene en el instinto, usted tiene que saber cómo hacer porque ese es el instinto de madre no sé qué. (María, comunicado personal, enero 2017)

Esta lógica desvincula la participación de las mujeres como sujetas históricas y la función social del proceso de embarazo en la reproducción material de la vida, producto de

ideas estereotipadas que ponen a la población femenina en desventaja en comparación con el género masculino, Lagarde (2013) expresa

La fórmula enajenante asocia a las mujeres cuidadoras (...) el descuido para lograr el cuidado. Es decir, el uso del tiempo principal de las mujeres, de sus mejores energías vitales, sean afectivas, eróticas, intelectuales o espirituales, y la inversión de sus bienes y recursos, cuyos principales destinatarios son los otros. Por eso, las mujeres desarrollamos una subjetividad alerta a las necesidades de los otros, de ahí la famosa solidaridad femenina y la abnegación relativa de las mujeres. (p. 2)

La persistencia de significados simbólicos que naturalizan la violencia obstétrica- el cuidado y la maternidad- distancian las necesidades de las mujeres que se expresan durante el proceso de embarazo de la atención en salud y por consiguiente se vulnerabiliza el derecho a la salud y se organiza las diferencias entre géneros.

Ellos le ayudan a uno a madurar un poco, a saber, que ya no es un juego, que ya es algo de verdad, un bebé ya es mucho. El bebé que ya es algo más serio, ya uno tiene que poner, sentar cabeza, saber que va hacer con el bebé, si va a trabajar, si va a estudiar, cómo lo va a cuidar qué futuro le va a dar a él. (Sara, comunicado personal, enero 2017)

A través de esta segregación, se amplía la violencia simbólica, que impone significados, facilita el control de la identidad, de los derechos y del cuerpo de las mujeres, situación que prolonga el poder del patriarcado y la visión desfavorable del proceso de embarazo.

Ella (la mujer) lo percibe a la vez como un enriquecimiento y una mutilación; el feto es una parte de su cuerpo y es también un parásito que la explota; ella lo posee y también es poseída por él; ese feto resume todo el porvenir, y, al llevarlo en su seno, la mujer se siente vasta como el mundo; pero esa misma riqueza la aniquila, tiene la impresión de no ser ya nada (Simone De Beauvoir, 1949, p. 273)

Por ende, es importante comprender que al interior del proceso de embarazo y la maternidad, el desarrollo no es homogéneo, preciso y satisfactorio, en este subyacen además de los cambios y procesos fisiológicos, biológicos, psíquicos, sociales y económicos, valores, símbolos y códigos, que se imponen y constituyen parte del camino atropellado que experimentan las mujeres cotidianamente en la realidad social.

Es un trauma muy grande después de ir a parir lo que a usted le pasa, me siento extraña que los primeros días yo me acuerdo que yo veía un anuncio y me tocaba a llorar y yo Dios mío que es esto, que me pasa todo esto que siento y eso no se lo informan a uno, le dan a su bebé y que bonito todo, muy bonito no le dicen a usted van a pasar meses para usted se sienta mejor. (Paola, comunicado personal, febrero, 2017)

Es así que, en el ejercicio del derecho a la salud, es vital disponer de estrategias orientadoras a las mujeres como punto clave en la atención, estas líneas deben entretorse en la visión de derechos, en la libertad y la autonomía, recupere las particularidades presentes en el proceso de embarazo y propicie la satisfacción de necesidades, para reposicionar maternidades libres de la reproducción de manifestaciones simbólicas que deforman la realidad de este proceso.

1.1.2 Control del cuerpo

En la atención de las mujeres durante el proceso de embarazo, se suscita el control del cuerpo, esta situación representa parte del continuum del patriarcado a través de la violencia simbólica, que perpetua la subordinación de la población femenina y anula las particularidades latentes.

El cuerpo es un espacio de lucha en el que el poder opera de manera física y simbólica y deriva en procesos de violencia, que aniquilan y excluyen a las mujeres del desarrollo social, en esto Foucault (1979) afirma que el cuerpo está sometido a la microfísica del poder que entretese disciplinas de control “de todos los instantes, arreglos espaciales de una meticulosidad extrema, a exámenes médicos o psicológicos indefinidos, a todo un micro poder sobre el cuerpo; pero también da lugar a medidas masivas, a estimaciones estadísticas, a intervenciones que apuntan al cuerpo social entero o a grupos tomados en conjunto” (p.87).

Es decir, la estratificación del cuerpo y la reproducción de la visión androcéntrica se circunscribe en las instituciones de salud; esta situación origina e inserta significados simbólicos, que se extienden a lo largo de la atención del proceso de embarazo y concede el dominio de los cambios físicos, biológicos, psíquicos, sociales, económicos que se traduce en violencia obstétrica

me está diciendo que yo soy la culpable de algo que, como voy hacer la culpable de no darle leche, si yo lo que más quiero es darle leche, de hecho diay como

estábamos ahí en el cuarto con varias mamás dice voy atender, voy ayudar a está mamá que si tiene interés en darle de comer a su bebé, y yo ¿cómo yo no voy a tener interés?, es decir es lo único que uno piensa, y de hecho esa noche yo pasé fatal porque ella lloraba de hambre, ya yo le dije vea no me importa llame a la Trabajadora Social mañana y a la psiquiatra y a todo al que quiera, tráigame leche de fórmula para la bebé, fue y trajo y le dio una jeringa de leche de fórmula, pero así de regañadientes y todo después que me trataron de mala madre. (Dania, comunicado personal, febrero 2017)

Los enunciados referentes a la lactancia, constatan que las estructuras biológicas y fisiológicas femeninas facilitan el proceso para satisfacer necesidades primarias de los o las recién nacidas, no obstante esta particularidad ha adquirido una connotación simbólica y social, que responsabiliza a las mujeres de la producción y provisión de leche materna, aislando aspectos individuales y contextuales (nutrición, biología, fisiología, culturales, sociales, económicos) que inhabilitan la lactancia. Esto representa una de las manifestaciones de violencia obstétrica más comunes durante en el puerperio, que es legitimada a través de la política de lactancia y que se reproduce en los servicios de atención en salud

Las apariencias biológicas y los efectos indudablemente reales que ha producido, en los cuerpos y en las mentes, un prolongado trabajo colectivo de socialización de lo biológico y de biologización de lo social se conjugan para invertir la relación entre las causas y los efectos y hacer aparecer una construcción social naturalizada (los «géneros» en cuanto que hábitos sexuales) como el fundamento natural de la división arbitraria que está en el principio tanto de la realidad como de la representación de la realidad que se impone a veces a la propia investigación. (Bourdieu, 1998, p. 6)

Por ende, se extrema el control del cuerpo, se somete a las mujeres a torturas y estigmatizaciones que rinden cuentas de su “tarea” de madre, suprime las dificultades contextuales a las que están sometidas y que impiden el desarrollo natural de la lactancia. Así como, a través del dominio simbólico del cuerpo manifestado en la atención en salud del proceso de embarazo, se facilita y organiza la opresión de las mujeres, que propicia la violencia obstétrica, deslegitima el rol de sujetas históricas y el protagonismo que ocupan en los procesos constituyentes de la sociedad.

Yo me negué a eso, que fue donde le pedía a la doctora hasta me dijo pendeja, ay que pendeja pero no me hizo, después de que queje la doctora no me lo hizo, ella quería romperme a mí la bolsa, pero yo le dije que por favor no porque de verdad estaba con muchísimo dolor y lo que menos quería era que me aceleran

a mí el proceso natural del parto porque yo sí quería que fuera dentro de lo que se podía decir muy natural, muy a su tiempo, y a mí la doctora era eso lo que me quería hacer, voy a ayudarle voy a romperle la bolsa, mejor no yo no quiero de verdad tengo mucho dolor “ay que pendejilla”. (Valentina, comunicado personal, enero 2017)

Tras la instrumentalidad del cuerpo de las mujeres y en el cruce del poder, se filtran significados simbólicos (debilidad, fragilidad) que se distancian de las dimensiones que presiden el derecho a la salud (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad), que desarticula e invisibiliza las necesidades del proceso de embarazo en la atención. Por tal razón, al hablar del control del cuerpo de las mujeres, parte de lo que constata las entrevistas a las sujetas de investigación se relaciona a la sexualidad, en dicho marco presiden criterios de aprobación o desaprobación por parte del personal de salud, que se entrelazan a valores patriarcales y de la moral conservadora, y generan expresiones de violencia simbólica y consecuentemente violencia obstétrica.

Nada más que tuviera cuidado la cuarentena, que diay en la cuarentena queda uno como más propenso a un embarazo, porque me dijo la doctora que las hormonas andaban como locas. (Anna, comunicado personal, enero 2017)

Este tipo de abordaje incauta la sexualidad de las mujeres, reproduce estereotipos y muestra explicaciones parciales, carentes de criterios sólidos y científicos, que impiden el desarrollo de prácticas sexuales libres y satisfactorias para el placer femenino.

La fecundación puede efectuarse sin que la mujer experimente el menor placer. Por otro lado, la fecundación está muy lejos de representar para ella la realización del proceso sexual; en ese momento es cuando, por el contrario, empieza el servicio que la especie le reclama: servicio que se realiza lentamente, penosamente, en el embarazo, el parto y el amamantamiento. (Simone De Beauvoir, 1949, p.174)

Lo anterior, se debe, principalmente, siguiendo a Foucault (1973-1974) a la existencia de una modalidad del poder que logra “tocar los cuerpos, aferrarse a ellos, tomar en cuenta los gestos, los comportamientos, los hábitos, las palabras”. (p.49), con el fin de reformar y canalizar acciones, sentimientos y emociones.

La doctora de una vez llegó y dijo, digamos lo que me dijo fue, bueno ya usted sabe que tiene que utilizar un método anticonceptivo si no quiere otro embarazo, ¿cuál va a utilizar?, o lo va a comprar aquí y se lo va a poner aquí o por fuera (Anna, comunicado personal, enero 2017)

Dicho de otra manera, en la atención en salud se censura la de las mujeres, las acciones y las propuestas existentes que pretenden el goce sexual se parcializan y se excluyen, producto del poder simbólico que acuerda ideas falsas relacionadas a la sexualidad durante el proceso de embarazo, situación que expone y violenta los derechos sexuales de las mujeres.

Ya cuando la pancita va creciendo bastante que yo me imagino que ellos (personal de salud) se imaginan que ya uno va teniendo dificultades (para tener relaciones sexuales), seguro les da miedo, a muchas personas les da miedo dañar al bebé. (Paola, comunicado personal, febrero 2017)

Es claro que, en el abordaje de la sexualidad de las mujeres a nivel de los servicios de atención del proceso de embarazo, el cuerpo se percibe objeto de intervención y de dominio, en que se exaltan significados que perpetúa el sistema androcéntrico, según Lagarde (2005) se debe

(...) el cuerpo femenino es la base para definir la condición de mujer y la apreciación patriarcal dominante que la considera un don natural: el ser considerada cuerpo-para otros, para entregarse al hombre o procrear, ha impedido a la mujer ser considerada como sujeto histórico-social, ya que su subjetividad ha sido reducida y aprisionada dentro de una sexualidad esencialmente para otros, con la función específica de la reproducción. (p.184)

Por ende, en el ejercicio del derecho a la salud, resulta imprescindible referir la atención al acceso, fomentar la educación sexual inclusiva, propiciar procesos de emancipación femenina, procurar un enfoque libre de estereotipos y estigmas, los cuales benefician la salud sexual, reproductiva y no reproductiva para determinar transformaciones en el paradigma de la salud de las mujeres y de la atención del proceso de embarazo. Así que, en la constatación de la violencia simbólica dentro de los procesos de atención, se enmarca otros tipos de violencia institucional que sostienen las desigualdades históricamente construidas entre mujeres y hombre, facilitando el cruce del sistema patriarcal en los servicios de salud.

1.2 Violencia Institucional

La violencia institucional, que se origina en los centros de salud, corresponde a un conjunto de prácticas institucionales que articulan, abusos y relaciones de poder, que favorecen el control de los dominantes (personal de salud) hacia los dominados (usuarios y usuarias de los servicios), siendo las mujeres las principales víctimas, situación que obedece a la

reproducción del sistema patriarcal y de conductas misóginas que vulnerabilizan sus derechos. Bispo y Souza (2007) determinan que este tipo de violencia, incluye la negación del tratamiento, no referir a otros servicios, suministro de información defectuosa o incompleta, largas esperas injustificadas o discriminatorias para ser atendidas en los centros de salud, maltrato verbal, negación de medicamentos y atención, manejo del dolor como generador de culpa y el sometiendo a procedimientos burocráticos innecesarios.

Esto representa una constante en la atención que reciben las mujeres en el proceso de embarazo en los centros de salud público, debido que la atención se entreteje a valores, ideologías, paradigmas y modelos hegemónicos, que privilegian las acciones y omisiones del personal en salud y prolifera los intereses androcéntricos:

hay una estructura cultural que asume que el personal de la salud tiene una autoridad sobre los pacientes, en este caso las pacientes, y eso se ha naturalizado, se expresa en formas de violencia no solamente obstétrica sino en otros ámbitos de lo médico también, donde se asume verdad que el personal de salud (...) ejercen de manera autoritaria el poder que tienen en su conocimiento o en su puesto, y eso asume que las mujeres son un sujeto pasivo y eso es todo una estructura cultural porque es una actitud que tiene el personal de la salud y algunas mujeres también asumirse como sujetos pasivos, que simplemente van a recibir la atención. (Sandra, comunicación personal julio del 2017)

Lo antes expresado, genera, una atención despersonalizada e indiferente ante las necesidades de las mujeres durante el proceso de embarazo, lo que deriva en situaciones de violencia institucional

Había un programa de televisión en el cuarto que me llevaron a ponerme (la sonda) había varias camas con varios pacientes y un televisor. Las pacientes lo veían a uno mientras le ponían la sonda a pierna abierta en una cama donde costo subirse porque tenía una panza de volumen increíble y abra las piernas y sin biombo ni nada y la enfermera ahí viendo tele, entonces las pacientes viéndolo a uno abierto ahí te están viendo toda y la que te tiene que estar viendo está viendo el tele, estaban dando el programa en boca en boca entonces este muchacho estaba en lo más y mejor y ella muerta de risa y yo tenía un dolor de lo que me estaba metiendo y me lo puso mal tuvo que sacarlo y volver a poner porque lo puso mal por estar jeteando y yo incomoda porque me estaban viendo todas y yo estaba con las piernas abiertas y ella abra, abra más y las otras viendo al puro enfrente de uno ni disimularon para ver a otro lado y yo estaba muy incómoda. (Valentina, comunicación personal, enero 2017)

Este tipo de acciones dan paso a la concreción de la violencia obstétrica vista como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado” (Canevari, 2011, p.21) que divisa a las mujeres receptoras de los conocimientos y prácticas en salud, a las que se les debe someter sin consulta previa, realidad que transgrede la dignidad e integridad de las mujeres. Existen factores que inciden en la reproducción de la violencia institucional no obstante deben verse como justificantes; la falta de personal de salud, de capacitación, de equipo especializado e infraestructura, son elementos a considerar para dar respuesta a las necesidades y demandas de las mujeres que acuden a los centros de salud en el proceso de embarazo:

Una vez al mes está bien que lo vean a uno, pero deberían ser más... como más llenas, como explicarle más a uno, porque uno nada más llega a las citas, bueno en los EBAIS lo pesan anotan y llegan ¿cómo se ha sentido? bien, escuchan al bebé, si tienen la maquinita, hay veces ni escuchan porque no había máquina entonces se quedó sin escuchar al bebé y todo y ahí después ya mandar las pastillas y listo, entonces así es parte del embarazo, había sentido un dolor aquí o me duele la espalda, no, no eso es parte del embarazo entonces, y ya uno queda como, hay veces que es lo único que uno tiene una cita en el EBAIS, no puede acudir digamos a un doctor a parte porque las citas son muy caras (...) entonces lo único que uno tiene y confía son esas citas del EBAIS, pero lo tratan como rápido digamos, yo pienso que le deberían de dar una atención como un poco más (personalizada) sí. (Teresa, comunicación personal, enero 2017)

Ya ahí me sentaron en otra silla porque estaba lleno el hospital ese día, habían 3 muchachas ahí sentadas también y estaba a full ese hospital, entonces me dice es que no tenemos camillas para ponerla, tiene que sentarse aquí y esperar, y yo con esas contracciones y las otras también entonces nos retorcíamos agarrándonos de las paredes, ya otro médico me examinó otra vez, me dice “ya tiene 6 cm, está dilatando muy rápido”, fue así en lo que subí, ya me revisaron y ya tenía 2 cm más, y ya entonces me dice “no, usted pase adentro”, entonces ya pase como a una sala, también estaba súper llena, hasta nos pusieron un masking con el nombre y todo porque nos dice el muchacho “esto es una locura, dios mío aquí yo no sé ni quien es quien, les voy a poner un masking con el nombre, voy a etiquetarlas a todas”, y bueno ahí estuvimos era una salita pequeña, ahí caminando, con esos dolores terribles. (Dania, comunicado personal, febrero 2017)

En Costa Rica, según establece la CCSS, la atención del proceso de embarazo mantiene índices positivos en “23 maternidades, se atiende el 94% de los partos que se registran anualmente en el territorio nacional y por la necesidad de mantener la tasa de mortalidad

infantil que, en el 2015, fue la más baja de la historia de Costa Rica: 7.76 por cada mil nacidos vivos, es decir presentó una disminución de 2.99% en relación con el 2014” (Caja Costarricense del Seguro Social, 2016, párr.2).

Sin embargo, lo expuesto por sujetas de investigación, muestra que, en los centros de salud públicos, persisten situaciones de violencia institucional, las cuales son determinadas por la imposición de relaciones de poder entre el personal de salud y las mujeres, falta de equipo, recurso humano e infraestructura, factores que vulnerabilizan el derecho a la salud e interfieren en la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad. A su vez, en la reproducción de la violencia obstétrica, se manifiestan otros tipos de violencia son la violencia psicológica y a la violencia física, que son invisibilizadas y naturalizadas por las mujeres y por el personal que labora en los centros de salud, en la atención del proceso de embarazo.

1.3 Violencia Psicológica

La violencia psicológica representa un problema de salud pública, manifestado en los centros de salud durante la atención de las mujeres, Sequeira y Torres (2003) la definen como:

Todas las acciones u omisiones realizadas por una persona que denigran y controlan acciones, comportamientos y decisiones de otro ser humano. Cuando una persona es violentada psicológicamente se le afecta su independencia, autonomía y libertad, elementos indispensables para la autorrealización del ser humano. (p.27)

Por lo tanto, este tipo de violencia genera prácticas que subordinan e imponen el dominio del personal de salud sobre las mujeres, que están insertas en “innumerables estímulos y dependiente en grados variables del cuidado de otros, hace que se presente vulnerable a los diversos comportamientos violentos o a ser una potencial víctima de ellos” (Burgos y Paravic, 2003, pár. 5)

Yo intente como mejor no decir nada precisamente por lo mismo, porque a mí me daba miedo que esa doctora se volviera y me dijera un montón de cosas más (...) y yo le decía que por favor no me hiciera nada, que por favor, que enserio me dolía muchísimo y que no quería que me hiciera nada y a regañadientes como dicen al final no me hizo nada, pero por toda esa suplicadera, no tuve por qué haberle suplicado nada, yo le dije a ella en un principio estoy bajo mucho dolor por favor no me haga nada, ella tuvo que haber respetado eso y no lo hizo porque seguía insistiendo en hacerlo. (Carolina, comunicación personal, enero 2017)

En la reproducción de la violencia psicológica, el personal de salud asume una posición de poder, que, generalmente, se expresa por medio de “gritos, insultos, ridiculización, rechazos, humillaciones” (Montoya y Segura, 2005, p.49), que invalida los deseos, emociones y sentimientos de las mujeres

Por ejemplo, yo le decía doctor es que yo manejo 60 km, o sea 120 km al día, yo necesito que usted no sé, tal vez me pueda mandar una referencia a mi trabajo para pedir que me solucionen, tal vez, teletrabajar, (médico) “diay muchacha, imagínese que yo me ponga a darle eso a todo mundo”, doctor es que me dijeron eso, que tomar manzanilla no es bueno,” diay, pero usted se pone a escucharle a todo mundo, casi todo lo que le dicen es mentira”. Mi pareja le preguntó (...) nos dieron unas fotitos de ultrasonido, entonces él pues con toda la ilusión quería saber si era niño o niña, vino y le preguntó “doctor es que vea estas son las fotos del ultrasonido que le hicieron ayer entonces queríamos saber, si es un niño o es una niña”, (medico) “si es para eso mejor pagan una consulta privada, porque aquí lo que hacemos es por salud no por vanidad”. (Vanessa, comunicación personal, febrero 2017)

Hay mujeres que tal vez gritan, (...) pero tal vez es la manera de desahogarse y hay muchas que las callan. Yo topé con la suerte de que tuve muy buena atención, pero a la par mía había una muchacha que gritaba y que de una vez la callaron. (Ana, comunicación personal, enero 2017)

Las acciones de orden psicológico practicadas por el personal de salud derivan situaciones de riesgo y violación de los derechos de las mujeres, las cuales adquieren una posición pasiva de no cuestionar por temor a ser regañadas o sufrir represalias. Dicha situación, que obstaculiza la toma de decisiones, limita la exposición de ideas y repercute en el proceso de embarazo.

A ese doctor yo le tenía ya un tipo de recelo entonces (...) evitaba preguntarle o pedirle algo, a él también le sugerí lo de la cesárea y casi me regaño, me dijo que el proceso natural no era ese, que eso pasaba en casos extremadamente necesarios pero que no, algunas de las personas a las que yo les he comentado eso, que han estado con él, con ese doctor, me dicen que es su forma de ser, digamos que él es así como grosero, verdad, pero si, si intimida. (Vanesa, comunicación personal, febrero 2017)

Continuamente, las víctimas de violencia psicológica se sienten impotentes para denunciar, defenderse o hacer palpable las agresiones, debido que a través del ejercicio de este

tipo de violencia las mujeres se paralizan, se aíslan al estar sujetas a una relación desigual de poder con su agresor. Esto le asigna un carácter “invisible ‘difícil de detectar, ya que no deja señas visibles en las víctimas, que a su vez minimizan el daño psicológico al que se vieron expuestas:

Esa doctora que le estoy mencionando ella al decirme que yo era una pendejilla, ay que pendejilla fue lo que me dijo, yo estoy bajo dolor (...) tal vez no fue una burla, pero yo sí me sentí como restringida a expresar lo que yo estaba sintiendo, porque aparte de que no me dejaban pegar gritos, ni me dejaba expresar lo que estaba sintiendo ni nada, si fue concha, concha yo creo que esa es la palabra. (Carolina, comunicación personal, enero 2017)

En consecuencia, la violencia psicológica representa “el soporte esencial en que se sustenta el maltratador para conseguir el control total sobre la víctima, minando su autoestima mediante (...) una situación de maltrato, demostrándole su poder y autoridad, produciéndole una permanente situación de indefensión aprendida” (Hernández, Magro y Cuéllar, 2014, p.34), que propicia en la mujer la necesidad de permanecer en silencio e inmóvil, como la única manera de salir de esta situación. Este tipo de violencia permea el funcionamiento de los centros de salud que encrudece las jerarquías formales y no formales, entre el mismo personal o por la institución,

Se armó un problema ahí entre la doctora que yo te digo, que era la experta que nos mandó a todas a cesárea y su jefe que era un ginecólogo de ahí se armó un problema, pleito de gritos en pleno pasillo donde estábamos todas y se gritaban improperios no eran que discutían se gritaban, eso que el señor siguió caminando y ella le seguía gritando eso parecía un mercado, y ella le gritaba es que usted porque no tiene vagina le gritaba, usted porque nació con eso y se agarra entre las piernas una literal corriente la doctora y el doctor se enoja todavía más. (Valentina, comunicación personal, enero 2017)

Esta clase de acciones y comportamientos fragiliza la ética profesional, que genera consecuencias en la atención de las mujeres

Yo me encargo que ninguna de estas vaya para cesárea y que todas ellas vayan a parir, entonces ella más le gritaba (ginecóloga) y nosotras adentro, nos estaba usando a nosotras para poder vengarse de ella cuando todas estábamos en cesárea por una razón y él nos estaba usando de que ahora ninguna y nosotras dijimos es culpa de ese problema (Valentina, comunicación personal, enero 2017)

Por tanto, precisa la conformación y ejecución de estrategias que erradiquen las expresiones de violencia psicológica (agresiones verbales, trato irrespetuoso, indiferencia y la cohesión de libertad), teniendo en cuenta la vinculación directa con la violencia obstétrica que lesiona y debilita los estados psicosociales, las emociones y el derecho a la salud de las mujeres durante el proceso de embarazo. A la vez que es importante reconocer que la violencia psicológica como manifestación de la violencia obstétrica, puede estar acompañada de violencia física, que fue abordada a continuación.

1.4 Violencia Física

Según Terán et al (2013) la violencia física implica “el daño o sufrimiento material causado a la mujer, tal como golpes, lesiones internas o externas, heridas, hematomas, quemaduras o cualquier otro maltrato que la dañe físicamente” (p.173), que constituye una forma de ejercer poder sobre las mujeres durante el proceso de embarazo y las sitúa en una posición vulnerable, que infringe la integridad y los derechos de la persona entre estos el de la salud. Este tipo de violencia sucede con menor frecuencia que la psicológica, pero es evidente, debido que deja daños visibles en el cuerpo de las víctimas, como se genera en los cuerpos de las mujeres al ser abordadas durante el proceso de embarazo en los centros de salud pública.

Según Canevari (2011) esto se logra, debido que la violencia en general está “presente en todas las relaciones sociales y se encuentra institucionalizada. Las instituciones en sus estructuras jerárquicas y patriarcales son espacios en donde se aprende y se reproduce la violencia. La misma se hace cotidiana y se naturaliza” (p.16), situación que da paso a la invisibilización de parte de las mujeres, específicamente en el trabajo de parto y parto.

Es decir, la violencia obstétrica se vincula a la realización de prácticas invasivas que no son consentidas por las mujeres como la episiotomía, desprendimiento de membranas, maniobra de Kristeller, uso de fórceps y tactos vaginales reiterativos efectuados por diferentes personas:

La maniobra (Kristeller) yo no lo vi tan necesario porque igual está uno pujando, entonces para qué le vamos a hacer más fuerza al bebé y la verdad eso no lo vi tan necesario. (Sara, comunicación personal, enero 2017)

Los 4 tactos que me hicieron, me lo hicieron tres personas diferentes, bueno la primera persona cuando ingrese era un doctor, después ya cuando subí a sala de partos fue una doctora y después la enfermera obstetra que atendió el parto. (Carolina, comunicación personal, enero 2017)

El muchacho solo vino y me rompió la bolsa y se fue, y yo le dije a mi esposo, me rompieron la bolsa verdad y me dice sí, en ese momento, usted está con el dolor y todo, no sabe muy bien lo que le están haciendo, yo solo sentí como líquido, verdad que me rompieron la bolsa, me dijo sí, sí, le rompieron la bolsa y yo ahhhh; y la vía yo no sé uno no tiene chance de decir que no, porque solo le dicen “dame el brazo le voy a poner una vía para...”, diay uno, uno está ahí en una situación de lo que quieran hacer con uno, porque uno siente tanto dolor y se siente tan mal que su cerebro no está pensando muy bien en ese momento, todo lo que usted pensó que podía hacer, preguntar o vivir, ya no, porque diay usted está totalmente ahí a lo que quieran hacer con usted. (Dania, comunicado personal, febrero 2017)

En relación con esto, la Organización Mundial de la Salud (1985) manifestó que tales prácticas en su mayoría son ineficaces e innecesarias y que deben efectuarse en el menor número de veces considerando casos específicos

Ella fue concha a la hora que me hizo el tacto yo literalmente le tuve que pedir que no lo hiciera, a mí me lastimo en ese momento y yo “me duele mucho, no me haga eso” y mejor no le digo nada porque sentía que me iba a gritar, que me iba a tratar mal y yo no estaba para que en ese momento recibir regaños de nadie entonces prefería quedarme callada y no decirle nada más. (Carolina, comunicación personal, enero 2017)

El médico viene y me dice abra las piernas para medirla, y de una vez le meten a uno los dedos para medirlo, diay a mí se me cerraban, yo tenía demasiado dolor y entonces se enojó demasiado y me gritó de hecho si me gritó ese médico, él me decía que él no me iba a examinar, “yo a usted no la puedo examinar, con esa actitud yo no la puedo examinar” (...) pero es que a mí me duele demasiado, deme por lo menos un momento verdad, me dijo “no, con usted con esa actitud no va a tener ese bebé” y se fue. (Dania, comunicado personal, febrero 2017)

Esto evidencia un trato deshumanizado hacia el cuerpo de las mujeres, realizando procedimientos sin fundamentación científica que “provocan un aumento del dolor (uso de estimulantes uterinos) o dejan cicatrices que se podrían haber evitado (episiotomía o cesárea) (Canevari, 2011, p.8), invalidando los sentimientos vividos por la mujer durante el trabajo de parto. A su vez, Medina (2008) menciona que, dentro de las prácticas de violencia física, está el irrespeto de los tiempos y las posibilidades para el parto biológico

Yo quería, bueno yo le comente a la doctora que si podía ser un parto natural, porque a mí en la cesárea me fue muy mal y con mi hija mayor el parto natural fue muy lindo,

estaba mi esposo, fue muy bonito, aunque fue por la Caja y todo pero, pero yo me sentía mejor, en cambio con la cesárea que yo tuve, una cesárea de urgencia, y todo lo que ahí me dio, bueno fue casi como una mala praxis, después me dio paro respiratorio y todo bueno salí traumada de ahí, le dije a la doctora yo prefería estar despierta y tener a mi bebé, pero la doctora me aconsejó que (...) era mejor la cesárea, (Teresa, comunicación personal, enero 2017)

Yo sí me informé un poco, pero por internet, verdad que uno ve y a mí la verdad si me hubiera gustado más tener un trabajo más natural, verdad todo natural, que fuera sin que me lo indujeran (uso de oxitocina) entonces creo que sí por un poco de ignorancia. (María, comunicación personal, enero 2017)

No, no me preguntaron nada, el bebé no está saliendo, le vamos a hacer el piquete (episiotomía), de una vez y yo decir algo nada, se le va a hacer y se le va a hacer. (Carolina, comunicación personal, enero 2017)

Lo expuesto en los testimonios, deja entrever la existencia de estructuras de poder en los centros de salud que legitiman las acciones y procedimientos que ejerce el personal, sin el consentimiento de las mujeres y sin evidencia científicamente, generando consecuencias físicas:

Te hacen un montón de cosas que lo que hacen es alterar la fisiología del organismo entonces que es lo que hacen, ellos dicen voy a ponerte una ayuda no, no le están ayudando porque hay que conocer muy bien la fisiología del cuerpo para poder saber, no la farmacología que es la diferencia, sino que yo debo de conocer muy bien la fisiología del cuerpo para poder entender que hay patrones del parto, pero cada mujer tiene su patrón. (Mónica, comunicación persona, mayo 2017)

Desde esa visión, se expresa las relaciones de poder que se centran en los procesos biológicos (nacimiento) y en la comodidad de las personas que laboran en los servicios de salud, “ignorando las necesidades subjetivas/ emocionales de las mujeres y su entorno” (Canevari, 2011, p.141), propiciando la dominación del cuerpo de las mujeres y el perjuicio en la salud física. A su vez, parte de la violencia física que se suscita en la atención del proceso de embarazo, se relaciona a daños físicos que impliquen heridas, moretones, sangrado, dolor producto de procedimientos en el cuerpo de la mujer.

La enfermera me estaba alistando y en lugar de insertar lo que quería insertar en la camilla (...) me la insertó en el muslo y en este muslo por decirlo tengo grasa y empiezo a dar gritos donde me inserto muchacha, muchacha me inserto y dije ay, ay y llegó otra enfermera y dijo que hizo porque se quedó así, verdad, que

hizo porque la jeringa quedó parada me la insertó lo que pasa es que es grasa, y una jeringa está diseñada para que entre en piel verdad me la quita ay no nada le paso y la sangrecilla mojando la sabana verde donde se pone uno (...) entonces me tuvieron que volver a cambiar porque ya la sangre había mojado la bata verde, (...) entonces me tuve que volver a cambiar entonces si me sentí como carne de matadero, como alisten eso y corra, cero profesionalismo hasta que llegó la segunda enfermera que fue la que me puso alcohol y me reviso y revisaba bien la piel. (Valentina, comunicación persona, enero 2017)

Doctor ayúdeme yo fui cesárea, claro la panza queda, y él se puso serio y sacó el expediente como diciendo esta y sacó el expediente ahí tuvo que haber leído que yo ya tuve a la bebé, que yo había sido cesárea, entonces, cuando estaba leyendo levantó la mirada hacia el suero ahí estaba el desgraciado suero a toda velocidad dándome a las contracciones hasta que yo dilate hasta 10, entonces (...) por estar manipulando el líquido correcto (suero) a la velocidad incorrecta me hizo sufrir dolores de parto y después de una cesárea vieras que rico trababa. (Valentina, comunicación persona, enero 2017)

En la reproducción de estas prácticas, el personal de salud se asume dueño del cuerpo de la mujer, violentando el derecho a la salud, la autonomía, la toma de decisiones, la privacidad, alejándose de una atención integral, consensuada, informada, respetuosa y de calidad.

2. Síntesis de las manifestaciones de violencia obstétrica en la atención de las mujeres durante el proceso de embarazo.

En el país, el desarrollo de la sociedad se comprende a partir del crecimiento de las condiciones de vida de las personas en áreas como educación, salud, trabajo, vivienda y economía; en las que el Estado y otros actores sociales (organizaciones, sociedad civil, población) propician en su labor reducir brechas sociales, generar justicia social y distribución de la riqueza.

El acceso a una vida larga y sana mostró un comportamiento similar al de los últimos cinco años: mejoras inerciales que permiten sostener los logros acumulados en décadas pasadas y que mantienen a Costa Rica en posiciones altas a nivel mundial. Una vez más se redujo la tasa de mortalidad infantil, al pasar de 8,0 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos en 2014, a 7,8 en 2015. Otro logro relevante fue el obtenido con la aplicación de programas de detección temprana y tratamiento oportuno del VIH-SIDA, ya que desde 2015

Costa Rica no registra transmisión del virus de madres a hijos. (Vigésimo segundo Informe Estado de la Nación, 2016, p.90)

Es decir, el derecho a la salud representa una importante área de acción del Estado, que se fundamenta en la Declaración de los Derechos Humanos (1948), donde se expresa que todas las personas tienen “derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios” (p.7). Los servicios representan el punto central entre lo que se establece en las normativas y la vida cotidiana de las mujeres, por ende, la reproducción de manifestaciones de violencia obstétrica constatadas demuestra la necesidad de constituir marcos de acción que visibilicen y sancionen clarificando las consecuencias de su reproducción en la atención de la población femenina.

Bajo la lógica patriarcal y biomédica, se supedita emociones, sentimientos, opiniones, expresiones y decisiones de las mujeres, constatando la deshumanización, el dominio del cuerpo, subordinación, que se deriva del poder y el control legitimado e invisibilizado que persiste en el personal de salud, en la reproducción de estas conductas. La reproducción de la violencia obstétrica en los servicios de salud hacia las mujeres, impone la visión androcéntrica de la sociedad y desprovista la optimización de los recursos, garantizando parcialmente el derecho de la salud y otros (autonomía, libertad, información, sexualidad, reproducción) que están transversalizados en la especificidad del proceso de embarazo.

Dentro de la investigación, se evidencia que la violencia obstétrica sobrepasa la institucionalidad y se gesta en espacios que son importantes de abordar, debido que generan impactos a las mujeres en todas sus dimensiones y que trae implicaciones en su desarrollo.

Después como tengo dos chicos mayores, ya mi esposo tenía que volver a trabajar, y después ya llega mi mamá y mi hermana, no hagan tanta bulla, que montón de ropa sucia hay, verdad entonces uno como o se levanta a atenderlos o me quedo en la cama, bueno era como no me sentía muy bien. (Teresa, comunicado personal, enero, 2017)

La violencia obstétrica requiere un abordaje integral, que desmonte ideas, estereotipos y roles de género que proliferan en la sociedad e institucionalidad, propiciando el bienestar del binomio (mujer-niño/niña), la familia, y la comunidad, apuntando al cambio de la realidad y a sus estructuras. Lo cual demanda la necesidad de entrecruzar la teoría de género y de

enfoques (Derechos Humanos, Desarrollo, Diversidad, Integralidad, Sostenibilidad, Participación y Corresponsabilidad) así como que comprenda la diversidad de las mujeres, la expresión de las particularidades, el goce de la sexualidad y el placer, de protección y satisfacción de los derechos, concertando la equidad y la igualdad como valores imperantes para la sociedad costarricense.

Este último capítulo engloba las conclusiones y recomendaciones que se derivan del trabajo investigativo referido a las expresiones del derecho a la salud en la atención pública a mujeres durante el proceso de embarazo en su vinculación con la violencia obstétrica.

Conclusiones

A través de la investigación, se constata que Costa Rica cuenta con un amplio margen de política pública en salud, que mantiene al país a la vanguardia en esta materia, lo cual propicia un sistema que dispone el origen y funcionamiento de instituciones referidas a las necesidades sanitarias presentes en la realidad, a la promoción, atención, rehabilitación y cuidado de la salud. Asimismo, se vislumbra que las políticas públicas en salud descritas son acciones inacabadas en constante construcción, que incorpora necesidades ocultas por estructuras de poder, basadas en la participación social y que garantizan las dimensiones (accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, calidad) establecidas desde el derecho a la salud.

Esto ha requerido esfuerzos de parte del Estado, del sistema de salud y las instituciones que lo constituyen, para extender la cobertura de acción, integrar niveles de atención bajo disposiciones/reglamentos que fundamentan el trabajo cotidiano, genera infraestructura, equipamiento tecnológico, recurso humano y capacitaciones que se relacionan con la disponibilidad, en busca del mejoramiento en la función pública y de la calidad de vida de la población; sin embargo, es pertinente favorecer y fortalecer continuamente estas acciones manteniendo un nexo con las necesidades latentes, emergentes del contexto y a los cambios tecnológicos.

Conjuntamente, este trabajo se ha recuperado e integrado algunas de las particularidades expresadas por grupos humanos (mujeres, indígenas, adultos/adultas mayores, niños, niñas, jóvenes, migrantes, entre otros) que evidencia las luchas sociales planteadas por organizaciones civiles, movimientos sociales y de personas por vigilar y resguardar los derechos y la salud dentro del Estado democrático costarricense.

A la vez, se comprende que el derecho a la salud expresado en las políticas públicas son el resultado histórico de las acciones humanas, en las que transversalizan aspectos ideológicos, políticos y económicos de la vida en sociedad; actualmente el modelo económico capitalista se

ha filtrado en la formulación y en la dinámica institucional de los servicios de salud, instaurando estrategias paliativas que fragmentan, mercantilizan la salud, reproducen las desigualdades sociales y limitan el desarrollo real de los derechos de las mujeres durante el proceso de embarazo.

Un aspecto fundamental en la composición de los instrumentos políticos y la normativa descripta es el uso del lenguaje androcéntrico que caracteriza a la sociedad, invisibilizando el género femenino y sus particularidades, los tipos de violencia que enfrentan las mujeres, entre estos la violencia obstétrica, que debe comprenderse, integrarse e tipificarse dentro de la política en salud como una forma de reproducción de la desigualdad de género, relaciones de poder y discriminación, para potenciar normativa preventiva y de sanción en los proveedores de servicios de atención en salud.

Además, se reconoce que, en la elaboración de las políticas públicas en salud consultadas para la investigación y en la normativa institucional (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014) persiste la visión paternalista patriarcal, que condiciona y despoja a las mujeres de sus derechos, de la toma de decisiones, de su libertad relacionadas con su cuerpo.

La Política Nacional de Salud 2014-2018, Política Pública de Lactancia Materna y el Manual Técnico de Educación Perinatal para las mujeres gestantes y sus familias, excluyen la visión de género feminista y anula a la mujer como sujeto moral con capacidades para la toma de decisiones, prescindiendo de su participación para integrar experiencias, necesidades, particularidades y deseos que transversalizan el proceso de embarazo; idea que obstaculiza la integralidad de la salud y el papel de las mujeres como sujetas históricas, incentivando la desigualdad e inequidad de género.

A su vez, la investigación evidencia, que el derecho a la salud y los servicios de atención de mujeres durante el proceso de embarazo están trazados por la imposición y prolongación del modelo biomédico, situación que genera sesgos, análisis mecanizados y parciales que fragmentan la realidad que viven las mujeres, exponiéndolas a manifestaciones de violencia obstétrica, que afectan su salud en el corto, mediano y largo plazo.

Bajo dicha idea, las líneas de acción que orientan el quehacer cotidiano de los servicios de salud se han centralizado en algunos tópicos que dispone el manual perinatal como la alimentación, el uso de drogas, actividad física y lactancia, que produce bienestar a las mujeres

durante el proceso de embarazo, sin embargo se excluye o parcializa información referente a los derechos sexuales, reproductivos, los derechos en el proceso del acompañante, de las personas recién nacidos/nacidas, complicaciones en el proceso, cambios físicos y emocionales y automedicación, situación que configura la vulnerabilización del derecho a la salud y al género femenino.

En relación a lo anterior, en el proceso investigativo se muestra la ausencia de algunos temas (la atención psicosocial, grupos de mujeres, grupos de apoyo, la autopercepción y ayudas técnicas) que son importantes de integrar a nivel de política, en el manual perinatal y en la atención en salud, puesto que las mujeres las visibilizan como necesidades, que permiten fortalecer las capacidades, la seguridad y la calidad de vida durante el proceso de embarazo.

En el país, la elaboración y la ejecución de estrategias de promoción, prevención y cuidado de la salud se plantea desde diversos enfoques (equidad y género, interculturalidad, desarrollo humano sostenible e inclusivo, derechos humanos, interculturalidad, comunitario y diversidad) que pretenden el bienestar de la población, a pesar de esto, en los servicios de atención a las mujeres durante el proceso de embarazo, se presentan situaciones que interfieren (socialización, sensibilización, tiempo, espacio, equipo, sobrecarga de funciones, cantidad de personas por atender) en la argumentación y los alcances que expone los enfoques para el cumplimiento real del derecho a la salud violentando este derecho.

Es importante comprender que, las políticas en salud, la normativa institucional y de servicios de atención, se focaliza en la situación de salud del embrión, feto/nasciritus, recién nacido/nacido, constituyendo carencias de mecanismos de acción que organicen, protejan y velen por la salud física, psicosocial y económica de las mujeres y sus familias en el ejercicio del derecho.

La política en lactancia referida al postparto representa un insumo fundamental del enfoque de salud que pretende el país, sin embargo esta se determina y es diseñada desde la visión patriarcal del ser para los y las otras (recién nacido/ nacida), y condiciona la naturalidad del proceso a una norma biológica, que predispone a las mujeres a desarrollar sentimientos/pensamientos de culpa, frustración, entre otros, vinculados a la producción de leche materna o de la dinámica cotidiana (trabajo, familia, estudios, relaciones sociales, salud). A partir de esto, se lesiona el ejercicio de la autonomía y la libertad de las mujeres para tomar decisiones en relación a su cuerpo y el proceso de lactancia convergiendo en violencia obstétrica.

Lo anterior se debe, principalmente, a que la lactancia se percibe como una norma social obligatoria para las mujeres y no como un derecho, que responde a la lógica del ideal patriarcal de maternidad, producto de la persistencia y transversalización de patrones androcéntricos, que suscitan relaciones de poder y jerarquías que producen la violencia obstétrica, supeditando el cuerpo al control y dominio de la sociedad y del personal de salud, que posiciona a las mujeres como objetos pasivos, receptores de intervenciones, de medicalización y la patologización de procesos naturales.

De manera que el desarrollo de la violencia obstétrica expresa la omisión o desatención de derechos fundamentales (información, respeto, autonomía, intimidad, dignidad, libertad, salud reproductiva y salud sexual), los cuales deben confluir en el consentimiento informado, derecho que obliga al personal de salud a solicitar la autorización de las mujeres para realizar procedimientos durante el proceso de embarazo y , en particular, en la atención del trabajo de parto y parto, lo que violenta y afecta la salud reproductiva, sexual, psicosocial, fisiológica y emocional de la población femenina.

Además, se constata que, en la violencia obstétrica, se circunscriben manifestaciones vinculadas a otros tipos de violencia (simbólica, institucional, psicológica, física) que expresan la persistencia de desigualdades, estereotipos y roles, exclusión de saberes, omisión de la historia femenina y del papel social del proceso de embarazo en la constitución de la sociedad, la instauración de relaciones asimétricas derivadas de la socialización, restringiendo, así como coartando las aspiraciones de crecimiento y de participación social de las mujeres.

En la reproducción de la violencia obstétrica las manifestaciones de violencia que se presentan generalmente son naturalizadas por las personas en la sociedad al no dejar huellas visibles (violencia simbólica, violencia psicológica), lo que reproduce estereotipos, prejuicios, mitos, relaciones de poder y desigualdad, que exponen a las mujeres a la violación de sus derechos y a naturalizar otros tipos de violencia (micromachismos).

La violencia obstétrica profundiza el ideal patriarcal de maternidad simbólico, que es legitimada por la sociedad, aludiendo que las mujeres poseen un instinto maternal innato, que debe desarrollar en el proceso de embarazo, y en el caso contrario de no hacerlo y optar por otras formas de maternidad es sancionada.

A su vez, con la investigación, se determina que la génesis de este tipo de violencia no precisa de características (clase social, grado académico, visión de mundo, lugar de

procedencia) que determinen su reproducción, sino que se expresa por la condición de género, la cercanía con lo femenino y a la configuración de roles/estereotipos que disponen a las mujeres a la vulnerabilización de su salud a nivel fisiológico, psicosocial y económico durante el proceso de embarazo.

Esto representa un problema de salud pública, que el Estado y las instancias encargadas de proveer respuestas en torno a la salud, legitiman, prolongan en el proceso de embarazo, y agudizan en el trabajo de parto y parto, etapas en las que las mujeres presentan mayor grado de vulnerabilidad al estar bajo dolor y las imposiciones y disposiciones de los centros de salud y del personal, que invisibiliza las causas, las mediaciones y las consecuencias que enuncian su reproducción en la vida social y de las mujeres. Por ende, la violencia obstétrica además de ser producto de los cambios tecnológicos y de la tecnificación de la salud, representa un continuum del sistema patriarcal que se apoya en las instituciones reforzando jerarquías, control del cuerpo, la reproducción, la sexualidad y de pensamientos, afectando el abordaje de las mujeres durante el proceso de embarazo.

En relación a Trabajo Social es importante construir investigaciones que respondan a las necesidades y particularidades de la población femenina dentro de paradigmas, que remitan a los procesos éticos políticos que caracterizan a la profesión, dentro de la autonomía relativa, para el mejoramiento de la sociedad, generación de cambios y la satisfacción de necesidades desde un compromiso real, que propicie la ruptura de la visión patriarcal y asistencial de las políticas que imponen los sistemas estructurales y misóginos.

Asimismo, Trabajo Social al tener el conocimiento y la experticia para indagar en la realidad social, representa un agente potencializador que, en conjunto con instancias de la sociedad civil, refiera temas relacionados a la situación de las mujeres, las nuevas formas de violencia, del proceso de embarazo, mantener acciones y procesos de conciencia con agentes sociales y proveedores de servicios de salud, divisando posibilidades de agendas institucionales y nacionales.

De igual forma, Trabajo Social como parte del recurso humano de los servicios de salud debe mantener una visión amplia, de reconocer y ahondar en aspectos (pobreza, violencia, desempleo, exclusión, hacinamiento, oportunidades) que otros profesionales no visibilizan en la atención del proceso de embarazo, para impulsar y proporcionar acciones que garanticen los derechos de las mujeres y sus familias.

Recomendaciones

A partir del proceso investigativo y de las conclusiones, emergen algunas recomendaciones orientadas a mujeres, familias, profesionales, funcionarios/ funcionarias, el Estado, instituciones públicas y privadas, servicios de salud, organizaciones no gubernamentales y la sociedad en general para mejorar la formulación y ejecución de las políticas públicas en salud, todas en favor de propiciar el derecho real de las mujeres a la salud durante el proceso de embarazo y contención de situaciones de violencia obstétrica.

La riqueza política y la normativa que expresa el derecho a la salud precisa de espacios de autocrítica y reflexión por parte del Estado, de las autoridades que laboran en las instituciones y los servicios, en busca de mayor comprensión de las necesidades, las particularidades y especificidades que manifiesta la población femenina en el proceso de embarazo, fortaleciendo el camino democrático que ha caracterizado la labor pública en Costa Rica.

Teniendo en cuenta que la salud se establece como una necesidad básica y un derecho humano que pretende el bienestar de las personas, es imperativo revertir el modelo biologista que preside la política, los servicios y la atención, optimizar los insumos para ampliar estrategias y recursos (financiamiento, infraestructura, recurso humano, equipos tecnológicos). Estos deben promover una atención pronta, de calidad, accesible y aceptable que garantice el derecho a la salud a las mujeres durante el proceso de embarazo.

En la formulación y ejecución de política referente al derecho a la salud, se debe priorizar encuentros continuos con la perspectiva feminista, que desmonten ideas y estereotipos aprendidos en la socialización, constituyan acciones apegadas a los derechos de las mujeres y de integralidad en la salud, autorreflexión, desarrollo de habilidades, capacidades, generación de compromisos con la dignidad y el respeto para solventar las necesidades emergentes, el reconocimiento de particularidades de las mujeres durante el proceso de embarazo.

Es necesario incorporar en las políticas y normativas institucionales (Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias, 2014) las voces silenciadas por el patriarcado, retomando alternativas de atención, el papel social, político y económico del proceso de embarazo, de los derechos sexuales y derechos reproductivos, de la autonomía y

libertad de las mujeres y del cuerpo como un espacio de lucha por posicionar la historia femenina.

Es vital que autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social, los mandos medios y las/los funcionarios que laboran en los servicios de salud, determinen en conjunto un análisis amplio, preciso, ético, bajo evidencia científica, que establezca las debilidades que presenta el sistema de salud y de atención, con el propósito de originar relaciones horizontales, de respeto y empatía, permitiendo a las mujeres expresar y compartir dudas en torno al proceso de embarazo, que promuevan la participación y el reconocimiento de las mujeres en la toma de decisiones informadas para el mejoramiento de la calidad de vida del binomio y de la familia.

Lo anterior, implica la difusión de información mediante estrategias y dinámicas (talleres, conversatorios, cineforos, mesas redondas, obras de teatro, trabajo comunitario) que acerquen a la población femenina y su familia a asesorías en relación con los derechos (aseguramiento, salud, acompañamiento, toma de decisiones, autonomía, libertad, privacidad) que acompañan la atención del proceso de embarazo, favoreciendo el ejercicio del derecho a la salud y el fortalecimiento del quehacer profesional/laboral del personal y de los servicios de salud públicos.

El paradigma que resguarda el derecho a la salud reconoce que la participación de las mujeres como protagonistas del proceso de embarazo facilita la investigación de las características del binomio, las capacidades, fortalezas y debilidades, de manera que se proporcionen soluciones y valoraciones integrales, bajo el consentimiento informado para realizar procedimientos, suministrar medicamentos, considerar posiciones de alumbramiento, de atención para el postparto, desarticulando nociones y concepciones de vida que ponga en riesgo la salud de las mujeres.

Es fundamental que la sociedad, el Estado, las instituciones y los servicios de salud comprendan la maternidad como un proceso social y político, que está en estrecha relación con la reproducción de las condiciones materiales de vida, configurando acciones que marcan el paso y el desarrollo social, por ende, debe representar una decisión que exprese libertad y autonomía por parte de las mujeres asegurando posibilidades de crecimiento.

En este marco, se hace trascendental definir estrategias de prevención de violencia obstétrica que reafirme los derechos de las mujeres, revalore el papel participativo de la población femenina, visibilizando las consecuencias que expresa este tipo de violencia en la

vida (social, política, económica, cultural) a nivel general y en particular de las determinantes fisiológicas, emocionales y psicosociales de las mujeres. Conjuntamente, resulta indispensable constituir mecanismos de atención a víctimas de violencia obstétrica, que aborden situaciones, desmitifiquen roles, estereotipos, mitos, sentimientos en torno al proceso de embarazo, que posicione el ejercicio de derechos (libertad, autonomía, salud, información, privacidad, etc.) y garantice la salud integral.

En la misma línea, además es importante revisar y redireccionar los marcos jurídicos existentes que abarcan los derechos de las mujeres durante el proceso de embarazo, proporcionando garantías y protección a las mujeres y a sus familias, sea fuente de consulta, de regulación y sanciones, en situaciones y acciones vinculadas a tipos de violencia entre estas la violencia obstétrica.

En lo referente a Trabajo Social, al ser parte de las y los profesionales que gestionan y operacionalizan las políticas públicas en servicios de salud, es vital reconocer y analizar las causas, mediaciones, implicaciones, expresiones, ámbitos y consecuencias que imprimen la reproducción de la violencia obstétrica, con el propósito de concertar acciones que hagan rupturas con las desigualdades e inequidades entre los géneros, prevengan y atiendan situaciones vinculadas a este tipo de violencia, para consolidar políticas que favorezcan la toma de decisiones, la libertad y la autonomía de las mujeres en la atención del proceso de embarazo y así mejorar sus condiciones y oportunidades de vida.

Por tanto, desde Trabajo Social u otras profesiones, es preciso clarificar, describir y analizar los derechos de las mujeres en el proceso de embarazo vinculados a violencia, en especial, su relación con condiciones de discapacidad, de orientación sexual, estatus migratorios, etnia, religión y en ámbitos (trabajo, educación, centros penitenciarios, familia) que determinan la vida y situación de dichas mujeres.

A la vez, es importante que Trabajo Social facilite procesos socioeducativos y constructivos con el personal de salud y proveedores de salud, para abordar aspectos culturales, sociales, ideológicos y políticos (creencias, mitos, estereotipo, roles) instaurados en la sociedad, que legitiman y reproducen la violencia obstétrica. El propósito es generar la transformación de paradigma y de conciencia en la atención de las mujeres sujetas de consulta de los servicios de salud, debido a que Trabajo Social cuenta con recursos profesionales vinculados al proyecto ético político que pueden contribuir al mejoramiento de la sociedad,

como consolidar la lucha feminista, reconocimiento de derechos, generar espacios de diálogo y de reflexión entre diferentes sectores de la sociedad.

En el proceso de formación académica de Trabajo Social es importante introducir teoría y acciones que habilite a los y las estudiantes oportunidades para investigar, indagar y analizar temas no característicos de Trabajo Social, de manera que expresen y faciliten nuevos campos y nichos de acción para la profesión.

Es indispensable que Trabajo Social promueva investigaciones relacionada a la violencia obstétrica, a fin de propiciar su reconocimiento como otro tipo de violencia en contra de las mujeres, que requiere respuestas de los profesionales, de instituciones y de la sociedad; ante esto se puede considerar las siguientes interrogantes:

¿Cómo se manifiesta la violencia obstétrica en los centros de salud privados?

¿Cómo viven las mujeres privadas de libertad, mujeres con discapacidad, mujeres migrantes y adolescentes, la violencia obstétrica en la atención pública en salud?

¿Quiénes son agentes reproductores de violencia obstétrica dentro de los centros de salud?

¿Qué acciones y estrategias puede desarrollar Trabajo Social, para prevenir, atender y orientar a mujeres víctimas de violencia obstétrica?

Dentro de la particularidad que caracteriza Costa Rica ¿cuáles pueden ser las acciones frente a la violencia obstétrica?

¿Qué otras formas de violencia experimentan las mujeres en el proceso de embarazo fuera del ámbito de salud?

Referencias Bibliográficas

- Álvarez Matteazzi, E y Russo, P. (2015-2016). *Violencia Obstétrica: Naturalización del modelo de atención médico hegemónico durante el proceso de parto*. (Tesis para optar grado de licenciatura en Trabajo Social). Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado de: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/4514/Tesis-Violencia-Obst%C3%A9trica.-Alvarez-Russo%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Álvarez, A. (2005). Los feminismos en la historia el restablecimiento de la genealogía. En Torres, I (Coord.). *Miradas desde la perspectiva de género: estudio de la mujer*. Recuperado de: https://books.google.co.cr/books?id=4avZOP8dxVYC&pg=PA15&lpg=PA15&dq=%E2%80%9Cunas+gafas+que+nos+muestran+una+realidad+ciertamente+distinta+de+la+que+percibe+la+mayor+parte+de+la+gente&source=bl&ots=iwpxwWYNa-&sig=ffcxDVJR1urjEvTEz0TDMVSocXU&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=%E2%80%9Cunas%20gafas%20que%20nos%20muestran%20una%20realidad%20ciertamente%20distinta%20de%20la%20que%20percibe%20la%20mayor%20parte%20de%20la%20gente&f=false
- Arendt, H. (1970). *Sobre la violencia*. Alianza. Recuperado de: <http://pavio.net/download/textos/ARENDDT,%20Hannah.%20Da%20Viol%C3%Aancia.pdf>
- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe 11*, (1), 145-169. Recuperado de: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530>
- Arguedas, G. (2014). *Foro: Protocolo de atención materna de la CCSS*. Palabra de Mujer, Canal UCR
- Arroyo Navarrete, L. (2011). *Situación de la Anticoncepción Oral de Emergencia en Costa Rica para el año 2010*. (Tesis para optar grado de Maestría en Derechos Humanos). Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica. Recuperado de: <http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/1174/1/Situaci%C3%B3n%20de%20la%20AOE%20en%20CR%20al%202010.pdf>
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2015). *Ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica*. Expediente N° 19.537. Departamento de servicios parlamentarios. Recuperado de: http://www.imprenal.go.cr/pub/2015/06/30/COMP_30_06_2015.pdf

- Asamblea Legislativa. (1973). *Ley Orgánica del Ministerio de Salud*. Recuperado de: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=8204&nValor3=96263&strTipM=TC
- Ase, I y Buriyovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva* 5 (1), 27-47. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v5n1/v5n1a03.pdf>
- Bahgat, H, y Afifi, W. (2008). Políticas sexuales en Egipto. En R, Parker, R, Petchesky y R, Sember (Eds). *Políticas sobre Sexualidad: Reportes desde las líneas del frente*. pp. 57-98. México: Sexuality Policy Watch. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/47333/1/9789703246274.pdf>
- Baró, M. (2003). *Poder, ideología y violencia*. Trotta.
- Barquero, M. (2017, 22 de marzo). OCDE da opinión favorable a políticas públicas de salud de Costa Rica. *La Nación*, Sesión Economía. Recuperado de: http://www.nacion.com/economia/politica-economica/OCDE-politicas-publicas-Costa-Rica_0_1623037709.htm
- Barrantes, C. (2009). *La Mujer y el Parto. Un Estudio de Casos Respeto a la Atención del Parto con el Acompañamiento de Doulas y/o Parteras en el Área Metropolitana de Costa Rica*. (Tesis de grado para optar por el título de Licenciatura en Antropología Social). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Bastida, A. (2009). *El tacto vaginal*. Recuperado de: <https://www.bebesymas.com/parto/el-tacto-vaginal>
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Red bioética/UNESCO* 1 (7): 25-34. Recuperado de: http://www.unesco.org/ushs/red-bioetica/fileadmin/ushs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *DILEMATA* (18), 93-111. Universidad de Granada.
- Betancourt, J. ¿Cultural competence: marginal or mainstream movement? [*¿Competencia cultural: ¿Movimiento marginal o corriente?*].
- Bispo, C, y Souza, V. (2007). Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento. [Violencia institucional sufrida por mujeres internadas en el proceso de aborto]. *Revista Baiana De Enfermagem*, 21(1), 19-30. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/detail/detail?Sid=>

- Blázquez, M, I. (2005). Aproximación a la Antropología de la reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 42. Recuperado de: <http://www.aibr.org/antropologia/42jul/articulos/jul0506.pdf>
- Bourdieu, P. (1977). Sobre el poder simbólico. *Annales*, 405-411. Recuperado de: http://sociologiac.net/biblio/Bourdieu_SobrePoderSimbolico.pdf
- Bourdieu, P. (2000). La dominación masculina. *Anagrama*. Recuperado de: <http://csociales.fmoues.edu.sv/files/La-dominacion-masculina.pdf>
- Burgos, M y Paravic, T. (2003). Violencia hospitalaria en pacientes. *Revista Ciencia y Enfermería*, 9 (1) .Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000100002
- Burgos, M. (2003). Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. *Revista Ciencia y enfermería*, 9 (2) Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200004&script=sci_arttext#
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2006). *Misión y Visión*. Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/cultura>
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2012). *Reglamento del consentimiento informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense del Seguro Social*. Recuperado de: <http://www.cendeiss.sa.cr/etica/REGLAMENTO-CI-2012.pdf>
- Caja Costarricense de Seguro Social (2014) *Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias*. Programa Institucional de Atención Integral de la Salud de la Mujer. CÓDIGO: MT.GM. DDSS.AAIP. 003
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2014). *El consentimiento informado en la Seguridad Social en Costa Rica. Impacto de las sentencias judiciales*. Recuperado de: <http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/viewFile/22/46>
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2016). *Intensa acción en CCSS para reforzar atención prenatal, parto y puerperio*. Recuperado de: <http://www.ccss.sa.cr/noticia?intensa-accion-en-ccss-para-reforzar-atencion-prenatal-parto-y-puerperio>
- Canevari, C. (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: Barco Edita. Recuperado de: http://www.clacso.org.ar/libreria/cm/archivos/pdf_28.pdf
- Canevari, C. (2011). *El marco legal de la violencia obstétrica: derechos y reverses*. Recuperado de: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjSlva19s3WAhVFKCYKHW3hAz8QFggmMAA&url=http%3A%2>

- F%2Fjornadassaludypoblacion.sociales.uba.ar%2Ffiles%2F2016%2F07%2FPONEN
CIA_CANEVARI_CECILIA.doc&usg=AOvVaw1Izq_d2nqPZge6cNQ4-Ekf
- Carcedo, Ana. (2001). *Mujeres contra la violencia una rebelión radical*. San José, Costa Rica: CEFEMINA.
- Carcedo, A. (2002). Violencia contra las mujeres en Costa Rica, Aportes para la discusión sobre un Sistema de Vigilancia y Protección del Derecho de las mujeres a vivir libres de violencia. *Noveno Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible*. Recuperado de: https://estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/009/Violencia_mujer.pdf
- Carrara, S, y Vianna, A. (2008). Políticas sexuales y derechos sexuales en Brasil: Estudio de caso. En R, Parker, R, Petchesky y R, Sember (Eds). *Políticas sobre Sexualidad: Reportes desde las líneas del frente*. Pp. 27- 56. México: Sexuality Policy Watch. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/47333/1/9789703246274.pdf>
- Casique, L y Ferreira, A. (2006). Violencia contra las mujeres: reflexiones teóricas. *Revista Latino-am Enfermagem*. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/es_v14n6a18.pdf
- Cassiano, A; Santos, M; Santos, F; Holanda, C; Leite, J; Maranhão, T y Enders, B. (2016). Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora. *Revista Enfermería Global* (44). Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/236891/198151>
- Castellanos, A. (2015). *Índices de Violencia Obstétrica en México*. Recuperado de: <http://cisav.mx/violencia-obstetrica-en-mexico/>
- Castro, A. (2014). “*Violencia Obstétrica. Estudio de caso en Altotonga Veracruz*”. (Tesis que para obtener el grado de: Especialista en salud Materno y Perinatal). Universidad Veracruzana, México. Recuperado de: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/46446/2/CastroPeraltaAdriana.pdf>
- Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (2003). *Fundamentos conceptuales y operativos del sistema nacional de salud y del modelo de atención de la salud*. Curso especial de posgrado en gestión local de salud: módulo uno. Recuperado de: <http://www.cendeisss.sa.cr/posgrados/modulos/modulo1gestion.pdf>
- Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. (2004). *El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades*. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Recuperado de: <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/sistemanacsaludgeneral.pdf>

- Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS). (2004). *La conceptualización de la salud en el modelo de atención del sistema nacional de salud. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención*. Recuperado de: <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/conceptsalud.pdf>
- Centro de Estudios de Estado y Sociedad. (2004). *Para que cada muerte materna importe*. Buenos Aires, Argentina
- Centro de Estudios de Género del Instituto Tecnológico de Santo Domingo. (2013). *Sistema de atención a la violencia contra las Mujeres: Alcances y Desafíos*. Recuperado de: <https://www.intec.edu.do/downloads/pdf/centro-estudio-genero/sistema-de-atencion.pdf>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en México. (2009). *Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual*. Recuperado de: http://www.inm.gob.mx/static/Autorizacion_Protocolos/SSA/ModeloIntegradoparaPrevencionAtnViolenciafamiliarise.pdf
- Cisneros, F. (2002). *Proceso de Atención de Enfermería (PAE)*. Universidad de Cauca. Popayán, Colombia. Recuperado de: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>
- Claramunt, C. (2005). *Explotación sexual comercial y trabajo infantil. Análisis de la respuesta estatal costarricense a las personas menores de edad y sus familias desde el Enfoque de los Derechos Humanos*. (Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología para optar al grado de Magíster Scientiae). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Comisión de Derechos Humanos en México. (2014). *Recomendación a la Secretaría de Salud del Distrito Federal*. Recuperado de: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/transparencia por tal/art14frac14/RECOMENDACIONES/reco_1405.pdf
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (1988). *Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y culturales, "Protocolo de San Salvador"*. San Salvador, el Salvador, Recuperado de: <https://www.cidh.oas.org/basicos/basicos4.htm>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos en México. (2015). *Recomendación sobre el caso de violencia obstétrica y violación al derecho a la protección de la salud en agravio de v1, y derecho a la vida, en agravio de v3, en el hospital general de Palenque, Chiapas y hospital regional de alta especialidad de la mujer de Villahermosa, Tabasco,*

- dependientes de la secretaría de salud de cada entidad federativa.* Recuperado de: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/2015/Rec_2015_045.pdf
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. (1994). *Acción para el Siglo XXI Salud y Derechos Reproductivos para todos.* Naciones Unidas: Nueva York. Recuperado de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
- Congreso Argentino. (2009). *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.* Recuperado en: https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf
- Congreso General de los Estados Unidos Mexicano. (2007). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.* Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4961209&fecha=01/02/2007
- Consejería de salud. (2005). *Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado.* España: Junta de Andalucía. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1337163433embarazo.pdf>
- Cruz, S; Jaurés, P; Leiva, I; Ruíz, C y Troncoso, P. (2015). *El discurso de la violencia obstétrica en Chile.* Universidad de Chile. Recuperado de: <http://ovochile.cl/wp-content/uploads/2015/05/El-Discurso-de-la-Violencia-Obst%C3%A9trica-en-Chile.pdf>
- Cuevas, M. C. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de estudios de la mujer*, 14 (32) ,147-162
- Da Costa, S. (2015). *Análisis desde un punto de vista feminista sobre la Mortalidad Materna en Mendoza. Elementos para una reflexión crítica.* Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, XI Jornadas de Sociología. Buenos Aires. Recuperado de: <http://cdsa.academica.org/000-061/431.pdf>
- De Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo.* Recuperado de: <http://users.dsic.upv.es/~pperis/El%20segundo%20sexo.pdf>
- De Sousa, Boaventura. (2002). *Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos.* El Otro Derecho, 28. Colombia, Bogota: ILSA.
- Declaración de Barcelona. (2001). *5º Congreso Mundial de Medicina Perinatal.* Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatori as/723_etica2/material/normativas/declaracion_derechos_recien_nacido.pdf

- Defensoría de los Habitantes. (2015). *Informe Final de la Defensoría de los Habitantes en relación a la violencia obstétrica*. San José, Costa Rica.
- Defensoría de los Habitantes. (2015). *Violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres desde la visión de la Defensoría de los Habitantes*. Oficina de Prensa. San José, Costa Rica. Recuperado de: <http://dhr.go.cr/actualidad/boletines/2015/marzo/0.09.Violencia%20obstetrica%20en%20Costa%20Rica.pdf>
- Defensoría de los Habitantes. (2017). *Defensoría pide a la CCSS garantizar atención prenatal a todas las mujeres embarazadas*. Recuperado de: http://www.dhr.go.cr/prensa/comunicados/2017/febrero/48.seguro_embarazadas.pdf
- Departamento de Planificación del Poder Judicial. (2014). *Informe de “Mujeres Fallecidas en Costa Rica por Femicidio, Bajo el Ámbito de la Ley de Penalización de la Violencia Contra las Mujeres y la Aplicación de Convención Internacional Belém Do Pará y CEDAW”*. Recuperado de: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwif_OX73bbJAhWM7SYKHTmCC8EQFggiMAE&url=http%3A%2F%2Fsitios2.poder-judicial.go.cr%2Fplanificacion%2FInformes_Relevantes%2F708-PLA-2014.doc&usq=AFQjCNH97Izsj-_hfo8_EG2-fSZca_zmQ&sig2=1HX86ldoJ6DOdiy4okO7jg
- Dulzaides Iglesias, M.E y Molina Gómez, A, M. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. *ACIMED 12* (2), 1-4. Recuperado: <http://eprints.rclis.org/5013/1/analisis.pdf>
- Eduarte, G. (2011). *Propuesta educativa contra la violencia basada en género con mujeres usuarias de la Oficina de la Mujer en la Municipalidad de Moravia*. (Informe Final de Práctica Dirigida de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Espinar, E. (2003). *Violencia de género y procesos de Empobrecimiento Estudio de la violencia contra las mujeres por parte de su pareja o ex-pareja sentimental*. (Tesis para optar grado de Doctorado). Universidad de Alicante, España.
- Facio, A, y Fries, L. (1999). Feminismo, Género y Patriarcado en: Género y Derecho. *Revista Sobre Enseñanza del Derecho*, (6), 259-294. Chile, Santiago. Recuperado de: http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/rev_academia/revistas/06/feminismo-genero-y-patriarcado.pdf

- Facio, A. (1999). *Feminismo, género y patriarcado*. Recuperado: <http://centreantigona.uab.es/docs/articulos/Feminismo,%20g%C3%A9nero%20y%20patriarcado.%20Alda%20Facio.pdf>
- Faneite, J, Feo, A, y Merlo, J. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 72, (1). Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322012000100002&script=sci_arttextfemicidios_0_1464453557.html
- Fernández, Moreno, S. (2007) La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 6 (12), 52-76, enero-junio de 2007[L1]
- Fernández, S. (2007). “La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud”. *Revista Gerencia y Políticas de salud*, 6 (12). Universidad Pontificia Javeriana. Bogotá. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2699/1957>
- Fernández, S. (2007). La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. *Revista Gerencia Política y Salud*, 6 (12), 52-76. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2699>
- Fernández, X. (2008). *Construcción social del género: conceptos básicos*. Recuperado de: http://sitios.poder-judicial.go.cr/secretariadegenero/documentacion_relevante/Materia1_cursos_de_penalizacion/Tema%201/Documento%20g%C3%A9nero%20Xinia.pdf
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2008). Ámbitos de convergencia: Cultura, género y derechos humanos. *Estado de la población mundial 2008*. Recuperado de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp08_spa.pdf
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2010). *Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de: <http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php>
- Foucault, M. (1970). *La arqueología del saber*. Francia: Siglo Veintiuno. Recuperado de: [http://exordio.qfb.umich.mx/archivos%20pdf%20de%20trabajo%20umnh/Leer%20escribir%20PDF%202014/Faucault%20M/Foucault%20Michel%20-%20La%20arqueolog%C3%ADa%20del%20saber%20\[Sicario%20Infernal\].pdf](http://exordio.qfb.umich.mx/archivos%20pdf%20de%20trabajo%20umnh/Leer%20escribir%20PDF%202014/Faucault%20M/Foucault%20Michel%20-%20La%20arqueolog%C3%ADa%20del%20saber%20[Sicario%20Infernal].pdf)
- Foucault, M. (1973- 1974). *El poder psiquiátrico*. Curso en el College de France. Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, M. (1975). *Vigilar y Castigar: Nacimiento en la prisión*. Siglo veintiuno. Recuperado de: <https://www.ivanillich.org.mx/Foucault-Castigar.pdf>
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud (11)*, 1, 3-25.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad: La voluntad del saber*. Siglo veintiuno de España editores. España: Madrid. Recuperado de: <http://www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/681.pdf>
- Foucault, M. (1979). Historia de la Sexualidad. Siglo veintiuno. Recuperado de: <http://www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/681.pdf>
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista mexicana de sociología*, 3 (20).
- Foucault, M. (1990). *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*. Recuperado de: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4451.pdf>
- Foucault, M. (1998). Historia de la sexualidad. I-Voluntad de Saber. Vigésimo quinta edición en español, 1998. Siglo XXI.
- García, D., Díaz, Z., y Acosta, M. (2013). El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(4), 718-732.
- García, E. (2014; 2015). *La violencia obstétrica como violencia de género: Una mirada feminista a la situación en España*. (Tesis para optar grado de Maestría). Universidad Jaume, España. Recuperado de: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/151385/TFM_2014_garciaE.pdf?sequence=1
- García, M. (2005). *Consecuencias de la violencia de pareja en la salud física y el sistema inmune de las mujeres*. (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia, España. Recuperado de: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/38729/AAIU607540.pdf?sequence=1>
- Garretón, R. (2004). *Derechos humanos y políticas públicas*. En Políticas Públicas de Derechos Humanos en el Mercosur. Observatorio de Políticas Públicas de Derechos Humanos en el Mercosur: Uruguay. Recuperado de: http://www.observatoriomercosur.org.uy/libro/pdfs/Políticas_Publicas_de_DD_HH.pdf
- GIRE. (2013). *Violencia obstétrica, agresión que pocas mujeres denuncian*. Recuperado de: <http://site.adital.com.br/site/noticia.php?lang=ES&cod=74646>
- Gómez, Elsa. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana Salud Pública* 1, (1), 5-6.

- González Guerrero, S, y Pajares Sánchez, L. (2012). *Guía práctica sobre derechos sexuales y reproductivos en la cooperación al desarrollo*. Madrid: ACSUR. Recuperado de: https://issuu.com/acsur/assegovias/docs/0032673_gu_a_pr_ctica_sobre_derechos_sex_uales_cast
- González, M. (2014). *Violencia de género y su relación con las construcciones de género de estudiantes universitarios/as*. (Tesis para optar grado de Doctorado en Filosofía). Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico.
- Grajales, T. (2010). Tipos de investigación. Recuperado de: <http://tgrajales.net/investigtipos.pdf>
- Guerra, O y Morales, L. (2009). *Violencia de mujeres en una zona suburbana*. (Tesis para optar grado de licenciatura en Enfermería). Universidad Veracruzana, Región Coatzacoalcos-Minatitlán. Recuperado de: http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345_678/236/1/tesis%20violencia.pdf
- Haraway, D. (1984). *Manifiesto Ciborg El sueño irónico de un lenguaje común para las mujeres en el circuito integrado*. Recuperado de: http://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/beatriz_suarez/ciborg.pdf
- Harding, S, (1987). Is there a Feminist Method? [Existe un método Feminista]. En Harding, S (Ed), *Feminism and Methodology. [Feminismo y Metodología]*. Indiana University Press. Recuperado de: <http://148.206.107.15/bibliotecadigital/capitulos/81-2350ske.pdf>
- Hartmann, H. (1975). *Un matrimonio mal avenido: "hacia una unión más progresiva entre feminismo y marxismo"*. Papers de la Fundació/88. pp.85-114. Recuperado de: <http://www.fcampalans.cat/archivos/papers/88.pdf>
- Hernández, C; Magro, V y Cuéllar, J. (2014). *El maltrato psicológico. Causas, consecuencias y criterios jurisprudenciales. El problema probatorio*. Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46929/1/2014_Hernandez-Ramos_etal_Aequitas.pdf
- Hernández, R., Fernández., C y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5° ed). Recuperado de: https://www.Esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Hospital General de México. (2014). *Guías Diagnósticas de Salud Externa: No. 4 Embarazo*. Recuperado de: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/consul_exter/guia_embarazo.pdf

- Huaylupo Alcázar, Juan Alberto. (1999). Las políticas públicas en un contexto de privatización de la práctica social del estado. *Rev. cienc. adm. financ. segur. Soc* (7), 2, 72-84.
- Huaylupo Alcázar, Juan. (2005). Tiempo-espacio en la constitución estatal. Una perspectiva desde la sociedad costarricense Latinoamérica. *Revista de Estudios Latinoamericanos*. Recuperado en: <http://internet.redalyc.org/articulo.oa?id=64004006>> ISSN 1665-8574
- Ibáñez, M. (2004). *Violencia doméstica en Euskadi: malos tratos a la mujer*. Servicio Central de Publicaciones de Gobierno Vasco.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2015). *Mortalidad materna y su evolución reciente*. Recuperado en: <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/re poblacionmortalidadm022015.pdf>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2007). *Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género (2007-2017)*. (2.ed.). San José, Costa Rica. Recuperado de: http://www.infoagro.go.cr/Documents/PIEG_2007-2017.pdf
- Jerez, C. (2004). “Partos empoderados”: clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos. En Facultad de Artes y Humanidades, Universidad de Buenos Aires, Memoria del XI Congreso Argentino de Antropología Social. Rosario, Argentina. Recuperado de: file:///C:/Users/admin/Downloads/11caas_GT76_Jerez.pdf
- Kalfio, M., y Salazar, A. (2013). Violencia institucional/colonial en nombre del padre. *Revista Nomadías*, (17), 191-194. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com/Ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=548847be-b845-466a-948a-5f920c52003a%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4207>
- Kraft, Michael y Furlong, Scott. (2006). “Public Policy: Politics, Analysis and Alternatives”. Press, Washington, DC.
- Lagarde, M. (1995). *Identidad de género y derechos humanos: la construcción de las humanas*. Recuperado de: <http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.DOC-359%232E%23pdf>
- Lagarde, M. (1996). “El género”, fragmento literal: ‘La perspectiva de género’, en *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Recuperado de: <http://www.iberopuebla.mx/tmp/cviolencia/genero/consulta/lagarde.Pdf>
- Lagarde, M. (2000). *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Recuperado de: https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/marcela_lagarde/autoestima.pdf
- Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas, y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Lagarde, M. (2006). El derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia. En *Mujeres, globalización y derechos humanos*, pp. 477-534. Cátedra.
- Lagarde, M. (2013). *Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción*. Recuperado de http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/marcela_lagarde_y_de_los_rios/mujeres_cuidadoras_entre_la_obligacion_y_la_satisfaccion_lagarde.pdf
- León, M. (2006). *Amorós: La razón patriarcal (textos, contextos y pretextos)*. (Tesis para optar grado de Licenciatura en Filosofía). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Londoño, A. (1999). Feminismo, autoconsciencia y derechos sexuales y reproductivos. *En conferencia "Más allá del Cairo y Beijing: fortaleciendo las habilidades de las ONG's en América Latina"*.
- Magnone, N. (2011). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. *Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo*. Recuperado de: <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Magnone.pdf>
- Maldonado, O. (2009). *Sociedad patriarcal perspectivas feministas*. Universidad Javeriana Facultad de Filosofía, Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/1160/1/MaldonadoGomezOlgadelCarmen2009.pdf>
- MAMASOL. (2009). *Acompañamiento durante la labor, un procedimiento necesario*. Recuperado de: http://www.mamasol.com/parto_procedimientos_acompaniamiento/
- MAMASOL. (2009). *Tactos vaginales: ventajas e inconvenientes*. Recuperado de: http://www.mamasol.com/partos_procedimientos_tactos_vaginales/
- Marín, A. (2015). Para hablar sobre el tema de violencia obstétrica en Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2015/10/28/investigadora-de-la-ucr-participo-en-audien-cia-de-la-cidh.html>
- Maroto, K, Rodríguez, J y Vásquez A. (2010). *Procesos de trabajo frente a situaciones de violencia contra las mujeres – una reconstrucción crítica desde el Trabajo Social*. (Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica, Costa Rica
- Medina Meza, J., y Trinidad Cruz, A. (2015). Informática médica. *Revista Médica*. Instituto Politécnico Nacional Escuela Superior De Medicina. Recuperado de: <http://es.calameo.com/read/0044092388a411e7c84bf>
- Medina, G. (2008). *La violencia Obstétrica*. Recuperado de: <http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica/>

- Medina, G. (2009). *Violencia Obstétrica. Revista de Derecho de Familia y de las Personas*. (4). Recuperado de: <http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica/>
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2014). *Plan Nacional de Desarrollo “Alberto Cañas Escalante”*. Recuperado de: <https://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/cd1da1b4-868b-4f6f-bdf8-b2dee0525b76/PND%202015-2018%20Alberto%20Ca%C3%B1as%20Escalante%20WEB.pdf>
- Ministerio de Salud. (2010). *Sistema Unificado de Medición Estadística de la Violencia de Género en Costa Rica Indicadores 2008 - 2011*. San José, C. R. Recuperado de: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/indicadores-de-salud-boletines/indicadores-de-genero-y-salud/violencia-de-genero/2617-indicadores-2008-2011-sistema-unificado-de-medicion-estadistica-de-la-violencia-de-genero-en-costa-rica/file>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2011). *Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Marco Estratégico del Ministerio de Salud*. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/modelo-conceptual-y-estrategico/310-modeloconceptual-y-estrategico-de-la-rectoria-de-la-produccion-social-de-la-salud/file>
- Ministerio de Salud. (2011). *I Parte Marco conceptual y normativo de la política de sexualidad*. San José. Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/1038-politica-nacional-de-sexualidad-2010-2021-parte-i/file>
- Ministerio de Salud. (2011). *II Parte Análisis de Situación; Propósito, Enfoques, Asuntos Críticos y Áreas de Intervención de la Política de Sexualidad*. San José. Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/1039-politica-nacional-de-sexualidad-2010-2021-parte-ii/file>
- Ministerio de Salud. (2015). *Política Nacional de Salud 2014-2018 “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier”*. San José. Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/2746-politica-nacional-de-salud-2015/file>
- Ministerios de Salud. (2009). *Política Pública en Lactancia Materna. Comisión Nacional de Lactancia Materna*. San José, Costa Rica. Recuperado de:

https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/politica_lactancia_materna.pdf

- Miranda, H y Rodríguez, O. (2015, 19 de enero). Celos y ataques sexuales fueron principales causas de femicidios. *La Nación*, Sección Sucesos. Recuperado de: <http://www.nacion.com/sucesos/crimenes/celos-y-ataques-sexuales-fueron-principales-causas-de-femicidios/64B35FDG5BEPHBK2YHY2ZVYE3I/story/>
- Mohs Villalta, E. (1996). *Políticas y Estrategias de Salud en Costa Rica*. Asociación Costarricense de Pediatría. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/apc/v10n2/art8>
- Monroe, B. (2016). Violencia obstétrica: cuando las leyes no alcanzan. *II Jornadas de Género y Diversidad Sexual “Ampliación de derechos: proyecciones y nuevos desafíos”*. Recuperado de: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/articulo/2017/2/1/salud__aborto_y_violencia_obstetrica_
- Monroy, S. (2012). *El continuo ginecobs-tétrico Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá*. (Tesis de investigación para optar al título de: Magister en Estudios de Género). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7805/>
- Montoya, A y Segura, S. (2006). *Construyendo alternativas para la atención de la violencia en los centros educativos: “La experiencia en la escuela Cocorí de Cartago*. (Tesis para optar grado de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-1-2006-04.pdf>
- Morales Aché, P. (2008). “Los derechos sexuales desde una perspectiva jurídica”. En Ivonne Szasz Pianta y Guadalupe, Salas (Comps.). *Ciudadanía, sexualidad y derechos*. México: El Colegio de México. Recuperado de: <http://www.decidiresunderecho.org/files/DSRperspectivajuridica.pdf>
- Morales, Brenes, M.F. (2013). *Los derechos sexuales y reproductivos: estudio y análisis legal del aborto no punible en Costa Rica*. (Tesis para optar grado de Licenciatura en Derecho). Universidad de Costa Rica, Costa Rica. Recuperado de: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/1788/1/34965.pdf>
- Munevar, D y Mena, L (2009). La violencia estructural de género. *Revista Facultad de Medicina*, 57(4) ,356-365. Universidad de Colombia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v57n4/v57n4a08.pdf>

- Naciones Unidas Derechos Humanos. (2013). *Violencia contra las mujeres*. Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_VAW_WEB_SP.pdf
- Naciones Unidas. (2010). *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación*. Recuperado de: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2010/8057.pdf?view=1>
- Nairbis, S. (2006). El proceso de medicalización del embarazo en Chile: Siglos de posicionamiento y legitimación discursiva. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 8, (21). pp. 25-36. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2732/273246916003.pdf>
- Nari M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Biblos, Buenos Aires. Recuperado de: https://books.google.co.cr/books?id=COZBfbwxKksC&pg=PA103&lpg=PA103&dq=el+aparato+sanitario+fue+uno+de+los+instrumentos+significativos&source=bl&ots=yNCKTZv4Ai&sig=qzorNvlWkGruFH75ThH1AVa74DQ&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=el%20aparato%20sanitario%20fue%20uno%20de%20los%20instrumentos%20significativos&f=false
- Observatorio de la Violencia Dirección General para la Promoción de la Paz y la Convivencia Ciudadana. *XI Informe Estadístico actualización. Dirección General para la Promoción de la Paz y la Convivencia Ciudadana (DIGEPAZ)*. San José, Costa Rica. Recuperado de: <http://sisvi.mj.go.cr/meshcms/themes/sisvi/Doc/Informe11.pdf>
- Okuda Benavides, M; y Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV (1), 118-124. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80628403009.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer*. Recuperado de: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0031>
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración de los Derechos Humanos*. Recuperado en: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1985). *El parto no es una enfermedad: 16 recomendaciones de la OMS*. Recuperado de: <http://www.amabizia.asociacionespamplona.es/files/23-4243->

- document/declaraciones-de-la-oms-abril-1985.pdf?go=3d7fa7fcaa728fb8ba7ed32c5f79b0870cf4ccc28668157f16996578aa39392f8d2d7a6456dfde248533a3800d330bbf5e07ca6ab648a612
- Organización Mundial de la Salud. (1985). *Recomendaciones de la OMS sobre el parto y nacimiento*. Recuperado de: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/08/Recomendaciones-OMS-sobre-el-parto.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Recuperado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *10 datos sobre la salud materna*. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud Reproductiva*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (1991). *La Salud Reproductiva de la mujer. La salud materna: un perenne desafío*. Washington, EUA.
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica*. San José, Costa Rica. Recuperado de <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/perfil.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). "Perfil de los Sistemas de Salud Costa Rica". San José, Costa Rica. Recuperado de: http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug= analisis-de-situacion-de-salud&alias=87-perfil-de-situacion-de-salud-de-costarica-setiembre-2010&Itemid=222

- Ortiz, C. (2017). *¿Parto natural o cesárea electiva?* Recuperado de: <http://www.elcolombiano.com/colombia/salud/parto-natural-o-cesarea-electiva-EI6486143>
- Pallares, F. (1988). Las políticas públicas: el sistema político en acción. *Revista de estudios políticos*, (62), 141-162. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=27007&orden=0&info=link>
- Parsons, Wayne (2007) *Políticas públicas: una introducción o lo teoría y lo práctica del análisis de políticas públicas* / Wayne Parsons; traducción de Atenea Acevedo. - México: FLACSO, Sede Académica de México, 2007. 81 6 p.; 1 70 x 245 cm. + Capítulo V: Cosos Latinoamericanos
- Planificación Participativa. (1999). *Metodologías para la Promoción de la Salud en las Américas*. Recuperado de: http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo5/planificacion_local_participativa_metodologias_para-la_promocion_de_la_salud_en_alc.pdf
- Peña, L. (2010). *Proyecto de Indagación: la revisión bibliográfica*. Recuperado de: http://www.javeriana.edu.co/prin/sites/default/files/La_revision_bibliografica.mayo_2010.pdf
- Pereira, Potyara A. P. (2000). *Necesidades Humanas. Para una crítica a los patrones mínimos de sobrevivencia*. São Paulo, Brasil: Cortez Editora
- Pérez, M. *Las diferentes posiciones maternas en el parto*. (Tesis para optar grado de licenciatura en Enfermería). Universidad de Jaén: Facultad de Ciencias de la Salud. Recuperado de: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1548/1/TFG_M_ENCARNACIN_PREZ_ALCAL.pdf
- Petchesky, R y Judd, K. (2006). Como negocian las mujeres sus derechos en el mundo México. *Región y Sociedad*, XIX, (39). Recuperado de: <http://lanic.utexas.edu/project/etext/colson/39/7.pdf>
- Petchesky, R. (2008). Políticas de derechos sexuales a través de países y culturas: marcos conceptuales y campos minados. En R, Parker, R, Petchesky y R, Sember (Eds). *Políticas sobre Sexualidad: Reportes desde las líneas del frente*. pp. 57- 98. México: Sexuality Policy Watch. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/47333/1/9789703246274.pdf>

- Petrona, M y Vásquez, M. (2009). *Acerca de la intervención y de la especificidad del Trabajador Social en la temática de la maternidad adolescente*. Recuperado de: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/ciencias_sociales/pl-00031.pdf
- Piatti, M. (2013). *Violencia contra las mujeres y alguien más*. (Tesis para optar grado de Doctorado en Filosofía del Derecho, Moral y Política). Universidad de Valencia, España. Recuperado de: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/29006/Tesis%20completa.pdf?sequence=1>
- Piedra, N. (2004). Relaciones de poder: leyendo a Foucault Desde la perspectiva de género. *Revista de Ciencias Sociales* (Cr), 123-141. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/153/15310610.pdf>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2007). Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017. Recuperado de: http://www.infoagro.go.cr/Documents/PIEG_2007-2017.pdf
- Potyara, P. (2002). *Necesidades Humanas: Para una crítica a los patrones mínimos de sobrevivencia*. Cortez Editora, Sao Paulo, Brasil.
- Quevedo, P. (2012). *Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género*. (Tesis para optar grado de licenciatura en Trabajo Social). Universidad Nacional de Cuyo, Argentina. Recuperado de: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesis_quevedo.pdf
- Quintana Peña, A. (2006). *Metodología de investigación científica cualitativa. Psicología: Tópicos de actualidad*. pp. 47-88 Recuperado de: http://cienciassociales.webcindario.com/PDF/Cualitativa/Inv_quintana.pdf
- Quirós, E. (2002). *Algunas definiciones relacionadas con los Derechos Humanos en Salud*. Ministerio de Salud. Recuperado de: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/derechos%20humanos/definidhsalud.pdf
- Quiroz, M. E. (2003). *Hacia una didáctica de la investigación*. Editorial Aula. México.
- Rodríguez Herrera, A. (2006). *La reforma de salud en Costa Rica*. CEPAL: Chile. Recuperado de: https://books.google.co.cr/books?id=gQreuLRWv4EC&pg=PA15&lpg=PA15&dq=gerencias+centrales+de+la+ccss&source=bl&ots=3Q_6muqsFY&sig=tU9CeAGx9IW48sWTUOVXU1GeFzU&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=gerencias%20centrales%20de%20la%20ccss&f=false

- Rodríguez, L. (1993). *Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos*. Recuperado de: <http://www.decidiresunderecho.org/files/LiliaRodriguez.pdf>
- Rodríguez, R. (2011). Contacto piel con piel madre/ hijo con acompañamiento en cesáreas programadas: su efecto en la lactancia materna exclusiva. *Serie Matronas*, 3 (3), 234-256. Recuperado de: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/743/760>
- Román, A. (2014). *El perfil psico emocional de la mujer víctima de violencia de género*. (Doctoral dissertation). Universidad del Turabo, Puerto Rico.
- Rosales, A. (2009). *Las actitudes respecto a la violencia de género de los funcionarios y funcionarias que trabajan en asociación CEPIA, Santa Cruz, Guanacaste*. (Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de la Mujer para optar por el grado de magíster en Violencia Intrafamiliar y de género). Universidad de Costa Rica/ Universidad Nacional, Costa Rica.
- Sadler, M. (2003). *Así me nacieron mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario*. (Tesis para optar al título de antropóloga). Universidad de Chile, Santiago.
- Sagot, M. (1995). Socialización de género, violencia y femicidio. *Revista Reflexiones de la Facultad de Ciencias Social de la Universidad de Costa Rica*, 41(1). Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/10882>
- Sagot, M. (2008). Los límites de las reformas: Violencia contra las mujeres y políticas públicas en América Latina. *Revista de Ciencias Sociales II* (120), 35-48. Recupera de: <http://www.redalyc.org/pdf/153/15312721004.pdf>
- Salguero Sosa, J, A. (2014). *Propuesta de capacitación sobre salud sexual y reproductiva a los jóvenes de los caseríos el Canal y Mitch de la aldea la Fragua, Zacapa*. (Tesis para optar de grado de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad Rafael Landívar: Guatemala. Recuperado de: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2014/04/06/Salguero-Jennifer.pdf>
- Sánchez, M. (1996). *El consentimiento informado: Un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <http://www.colmed2.org.ar/images/code02.pdf>
- Sánchez, M. (2007). *La sanidad pública en peligro*. En Trabajo Social y Sistema Pública de Salud. Disponible: <http://www.comtrabajosocial.com/documentos.asp?id=832>

- Scott, J. (1990) El género: una categoría útil para el análisis histórico. *Historia y género, las mujeres en Europa*. España: Instituto de Estudios e Investigaciones. Recuperado de: [http://www.inau.gub.uy/biblioteca/sexualidad/UNIDAD% 20II/ scott.pdf](http://www.inau.gub.uy/biblioteca/sexualidad/UNIDAD%20II/scott.pdf)
- Instituto Nacional de las mujeres. (2015). *Segundo Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica*. Recuperado de: [http://inamu.go.cr/documents/10179/275546/INAMU+Segundo+Estado+de+los+Derechos+de+las+Mujeres+en+ CR.pdf/1c7e2cf5 - 3288-422d-9d84-e8671e056340](http://inamu.go.cr/documents/10179/275546/INAMU+Segundo+Estado+de+los+Derechos+de+las+Mujeres+en+CR.pdf/1c7e2cf5-3288-422d-9d84-e8671e056340)
- Sen, G; George, A y Östlin, P. (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: Un análisis de la investigación y las políticas*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: https://books.google.co.cr/books?id=LZRvaS-nhW0C&pg=PA6&lp=PA6&dq=cuando+se+consideran+las+diferencias+biol%C3%B3gicas+o+las+necesidades+especiales+en+el+%C3%A1mbito+de+la+salud,+es+necesario+tener+presente+que+las+caracter%C3%ADsticas+consideradas+biol%C3%B3gicas+son,+a+menudo,+construcciones+relacionadas+con+el+g%C3%A9nero.+M%C3%A1s+a%C3%BA,+estas+construcciones+sociales+apoyan+las+normas+y+percepciones+de+g%C3%A9nero+que+aprueban+la+discriminaci%C3%B3n+social+que,+a+su+vez,+perpet%C3%BAa+las+inequidades+en+salud&source=bl&ots=_SuE7B-A3H&sig=fYu2Oobh5db6BquldzeUpDKoT4c&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=cuando%20se%20consideran%20las%20diferencias%20biol%C3%B3gicas%20o%20las%20necesidades%20especiales%20en%20el%20%C3%A1mbito%20de%20la%20salud%2C%20es%20necesario%20tener%20presente%20que%20las%20caracter%C3%ADsticas%20consideradas%20biol%C3%B3gicas%20son%2C%20a%20menudo%2C%20construcciones%20relacionadas%20con%20el%20g%C3%A9nero.%20M%C3%A1s%20a%C3%BA%2C%20estas%20construcciones%20sociales%20apoyan%20las%20normas%20y%20percepciones%20de%20g%C3%A9nero%20que%20aprueban%20la%20discriminaci%C3%B3n%20social%20que%2C%20a%20su%20vez%2C%20perpet%C3%BAa%20las%20inequidades%20en%20salud&f=false
- Sequeira, K, y Torres, S. (2003). *Perfil de la violencia de género contra las mujeres en relación de pareja. Una aproximación a su incidencia, prevalencia, costo económico y consecuencias sociales en el Cantón de Curridabat*. (Tesis para optar grado de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

- Slaikeu, K. (1990). *Intervención en Crisis: manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno. Recuperado de: <http://www.ucipfg.com/Repositorio/IPPC/IPPC-03/BLOQUE-ACADEMICO/Libro-General.pdf>
- Solís Ramírez, M. (2013). *Mujeres ocupan más los servicios de la CCSS que los hombres*. Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?mujeres-ocupan-mas-los-servicios-de-la-ccss-que-los-hombres>
- Solís, S. (2003). *El enfoque de derechos: aspectos teóricos y conceptuales*. Universidad de Costa Rica, San José. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pdf-000133.pdf>
- Stolkiner, Alicia. (2010) Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Revista Medicina Social*, 5 (1).
- Tagle, T. (2015). *Violencia Obstétrica*. Recuperado de: <http://horizontal.mx/violencia-obstetrica-2/>
- Terán, P; Castellanos, C; González, M y Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista Obstet Ginecol*, 73(3), 171-180. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art04.pdf>
- Tribunal Constitucional. (2015). *Sala Constitucional resuelve amparo por presencia de personal de apoyo masculino en procedimientos que afectan la dignidad de la mujer*. SC-CP-12-15. San José, Costa Rica. Recuperado de: <http://sitios.poder-judicial.go.cr/salaconstitucional/comunicados/COMUNICADOS%202015/SC-CP-12-15.htm>
- Vallana, V. (2016). *Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá*. (Tesis para optar grado de Magíster en Estudios Culturales). Universidad Javeriana: Bogotá. Recuperado de: <https://repository.javeriana.edu.co:8443/bitstream/handle/10554/19135/VallanaSalaVivianaValeria2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vallejo, C. (2005). *Representación de la violencia contra las mujeres en la prensa española (El País/ El Mundo) desde una perspectiva crítica de género. Un análisis crítico del discurso androcéntrico de los medios*. (Tesis para optar grado de Doctorado en Comunicación Social). Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España.
- Vargas, K. (2008). Condicionantes sociales que favorecen el espacio de la violencia. *Revista PRAXIS*, (62), 9-41. Recuperado de: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/praxis/article/view/4130>

- Vasconcelos, E. (2000). Las funciones de la política social en el capitalismo. En Montaña, C & Borgianni, E. *La Política Social Hoy*. pp. 71-100. Sao Pablo: Cortez.
- Velásquez Gavilanes, R. (2009). Hacia una nueva definición del concepto “política pública”. *Desafíos*, 20. Pp. 149- 187. Recuperado de: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi1hIT1yt3WAhXDRiYKHb44ALUQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Frevistas.urosario.edu.co%2Findex.php%2Fdesafios%2Farticle%2Fdownload%2F433%2F377tipo&usq=A0vVaw1RpgRrylSWYqVixCEymBsG>
- Velásquez, R. (2009). Hacia una nueva definición del concepto “política pública”. *Revista Colombiana Desafíos*, (20), 149-187.
- Villanueva, L. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista Conamed*, 15(3), 148-151. Recuperado de: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/282/516>
- Villanueva, R. (2008). Protección Constitucional de los derechos sexuales y reproductivos. *I Parte de la Política Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos*. Costa Rica: San José. Recuperado de: http://www.colombiaaprende.edu.co/html/mediateca/1607/articles-169780_archivo.pdf
- Villegas, 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/pdf/rvem/v14n32/art10.pdf>
- Viñals, V. (2014). *Violencia Obstétrica: La herida invisible del parto*. Recuperado de: <http://radio.uchile.cl/2014/10/06/violencia-obstetrica-la-herida-invisible-del-parto/>
- Weber, M. (1964). *Economía y sociedad: esbozo de la sociología comprensiva*. Sección de Obras de Sociología, Fondo de Cultura Económica: México.

Anexos

Anexo N°1: Homicidios dolorosos por sexo según año de ocurrencia periodo 2008-2013

Año	Homicidios	Sexo		Con armas de fuego	
		Hombre	Mujer	Cantidad	%
2013	401	375	36	279	68,0
2012	407	357	50	261	64,1
2011	474	410	64	300	63,2
2010	527	466	61	349	66,2
2009	525	466	59	338	64,3
2008	512	452	60	349	68,1

Fuente: Elaborado con datos del Observatorio de la violencia de la Dirección General para la paz y la convivencia ciudadana. (2014), (p. 6)

Anexo N°2: Entrevista semiestructurada para justificación del tema

Guía de entrevista semiestructurada dirigida a Master Heilen Díaz Gutiérrez, Docente de la Escuela de Trabajo Social.

Objetivo: Identificar los aportes existentes desde los y las profesionales de Trabajo Social, vinculadas/os al tema de género y derechos sexuales reproductivos, para concertar aspectos políticos, históricos, sociales, económicos y culturales, relacionados a la violencia obstétrica.

Ejes temáticos: Trabajo Social, Género, Política Pública, Política Social, Derechos y Violencia Obstétrica

Fecha: _____

Nombre: _____

Profesión: _____

Grado Académico: _____

Vinculación con el tema: _____

Lugar: _____

Hora de Inicio: _____

Hora de finalización: _____

Entrevista realizada por: _____

Guía de preguntas

1. ¿Cómo se ha vinculado Trabajo Social con los movimientos y organizaciones que defienden y reivindican los derechos de las mujeres?
2. ¿Conoce sobre el tema de violencia obstétrica? Sí/No ¿Qué conoce al respecto?
3. ¿Considera usted que la violencia obstétrica es una manifestación de la violencia de género?
4. ¿Cuáles han sido sus fuentes de información sobre violencia obstétrica?
5. ¿Qué investigaciones nos recomienda?
6. ¿De qué forma se puede relacionar el tema con la profesión?
7. ¿Conoce si actualmente Trabajo Social se encuentra vinculado a organizaciones que aborden el tema?
8. ¿Desde qué ejes de política, legislación, proyecto o programa se podría abordar una investigación sobre la violencia obstétrica?
9. ¿Cuáles alcances y limitaciones existen en la política de género/salud para la aprehensión del tema de violencia obstétrica?
10. ¿Desde qué espacios (gestión, prevención, atención) se puede vincular la profesión de Trabajo Social con el tema de la violencia obstétrica?
11. ¿En el quehacer profesional se ha encontrado casos que estén relacionados directamente o indirectamente a la violencia obstétrica? Sí ¿Cómo lo abordó? No, ¿Por qué no lo hizo?

¡Muchas Gracias!

Anexo N°3: Plan de Contingencia para la atención inmediata de mujeres sujetas del TFG “Expresiones del derecho a la salud en el proceso de atención pública a mujeres durante el embarazo y posparto en su vinculación con la violencia obstétrica”

Introducción:

El presente documento representa la respuesta al oficio VI-3433-2016 que solicita el abordaje de posibles riesgos en las mujeres sujetas de investigación, de manera que se elabora el siguiente plan de contingencia que atiende la consideración manifestada por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica,

En el plan se muestra el objetivo, el marco referencial y la estrategia metodológica de trabajo, que será ejecutada por las investigadoras en caso de que se genere una situación de afectación emocional.

Objetivo:

Facilitar los primeros auxilios psicológicos a las mujeres sujetas del trabajo final de graduación “Expresiones del derecho a la salud en el proceso de atención pública a mujeres durante el embarazo y posparto en su vinculación con la violencia obstétrica”, cuando lo requieran, con el fin de resguardar su seguridad física y emocional durante el proceso de investigación.

Población:

Mujeres adultas que presenten afectación emocional como riesgo de participar en la investigación.

Justificación

Al trabajar con personas se debe tener claro que existen situaciones que atraviesan la vida de estas (condiciones materiales, sentimientos, historias de vida, abusos sexuales, violencia, etc) que pueden emerger durante el desarrollo del trabajo de campo de la investigación.

Es así que, al trabajar las expresiones del derecho a la salud en el proceso de atención pública a mujeres durante el embarazo y postparto en su vinculación con la violencia obstétrica, se reconoce que las mujeres históricamente han estado expuestas a situaciones de desigualdad y dominación producto del sistema patriarcal, que Hartmann (1979) conceptualiza como:

Un conjunto de relaciones sociales que tiene una base material y en el que hay unas relaciones jerárquicas y una solidaridad entre los hombres que les permiten dominar a las mujeres. La base material del patriarcado es el control del hombre sobre la fuerza de trabajo de la mujer. Este control se mantiene negando a la mujer el acceso a los recursos productivos económicamente necesarios y restringiendo la sexualidad de la mujer. (p.12)

De esta manera las subjetividades femeninas se minimizan y se ven subordinadas a determinaciones históricas que privilegian lo masculino, estereotipa a las mujeres y desvaloriza las luchas de resistencia, “por medio de símbolos, ritos, tradiciones, leyes, educación, el inconsciente colectivo, la maternidad forzada, la división sexual del trabajo. “(...) es este desbalance de poder lo que permite y facilita el aprendizaje y la práctica de la violencia de los hombres hacia las mujeres” (Carcedo, 2001, p.4).

Por tanto, bajo este sistema la posibilidad de las mujeres de ejercer sus derechos para mantener una vida plena les resulta difícil, y en el caso particular de mujeres embarazadas o en etapa de postparto se ven permeadas por estas prácticas androcéntricas que se ven representadas en eventos dolorosos y traumáticos.

Teniendo en cuenta esto, se reconoce que en las entrevistas semiestructuradas que se realizarán a las participantes de la investigación pueden manifestarse algunos riesgos:

- Que la mujer al recordar una situación dolorosa o incómoda experimente afectación emocional (enojo, tristeza, cólera, impotencia, frustración) hacia sí misma, a la persona recién nacida u otra persona.
- Sentimientos de culpa por el evento de violencia obstétrica y las repercusiones generadas a partir de esta.
- Se generen sentimientos de enojo hacia la persona nacida que fue concebido sin ser deseado o producto de una violación o abuso sexual.
- Reactivación de secuelas por antecedentes de manifestaciones de violencia (abuso sexual y violación sexual, física, emocional, patrimonial y psicológica), que pueden estar ligadas a la concepción no deseada y/o al ejercicio de una maternidad impuesta.

En razón de esto se desarrolla un plan de contingencia para la atención inmediata de mujeres que presenten algunas de las situaciones descritas anteriormente; esto permitirá satisfacer las necesidades que surgen en el momento y en caso de ser necesario enlazar con las

organizaciones participantes o instituciones públicas para se opte por un abordaje de la situación que se presenta.

Marco teórico:

La intervención en crisis tiene como una de sus principales metas restaurar el equilibrio y reorientar la capacidad de las personas para enfrentar una situación particular. Como parte del proceso de atención en crisis se define la intervención de primer orden, cuya finalidad es restablecer la estabilidad emocional para el enfrentamiento inmediato de la situación que desata la afectación, donde se le brinda a la persona auxilio y apoyo para el manejo de los sentimientos, el control de los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución del problema (Slaikau, 1990).

Dicha fase está compuesta por cinco aspectos fundamentales que conforman los auxilios psicológicos:



Fuente: Elaboración propia, con base en Slaikau (1990) p.116-117.

Para efectos del presente plan de contingencia se hará énfasis en el contacto psicológico, el análisis de las dimensiones del problema, el sondeo de posibles soluciones y asistir la ejecución de pasos concretos.

El contacto psicológico consiste en la “sintonización” con los sentimientos de la persona durante el período de crisis. Esto implica escuchar los hechos, sentimientos y la utilización de la reflexión para que la persona asuma que está recibiendo apoyo.

En cuanto a la examinación de las dimensiones del problema, es importante considerar que, para efectos de la investigación en cuestión, las sustentantes evaluarán la situación que provoca la afectación emocional con el propósito de priorizar la atención que se requiera para solventar la necesidad inmediata que se ha generado. El tercer elemento, análisis de posibles soluciones, está íntimamente ligado con el anterior, ya que permite valorar las alternativas que la persona puede hacer o requiere para solventar la necesidad o afectación, ya sea través de sus propios recursos internos, o bien, solicitando apoyo externo (instituciones, organizaciones, o familiares).

Las sustentantes asumirán la responsabilidad de verificar que las personas asuman apoyo para resolver la afectación emocional, a través de las organizaciones participantes en el estudio, o bien, a través de contactos directos con las mujeres.

Estrategia metodológica

Esta sección describe concretamente la forma en cómo se pretende abordar posibles situaciones de afectación emocional que puedan presentar las mujeres sujetas de investigación durante las entrevistas, debido que las experiencias de estas pueden estar entrelazadas a otras situaciones de la realidad social (violencia sexual, agresiones, violencia doméstica, etc) que inciden en lo que expresan las mujeres de su vivencia obstétrica.

La intervención se plantea a partir de la propuesta teórica anteriormente determinada, que define cinco ejes de trabajo que se interrelacionan y definen la profundidad de la atención desde una visión de integralidad, de manera que se comprenda la situación vivida por las mujeres históricamente en general y en particular a quienes han pasado por procesos de embarazo.

En cuanto al espacio de tiempo para el abordaje se determina aproximadamente una hora, con el fin de lograr concertar los siguientes objetivos y generar empatía con la mujer y la situación manifiesta.

Componentes	Objetivo	Técnica	Recursos
Contacto psicológico	Brindar contención emocional.	La escucha activa.	-Pañuelos de papel -Agua embotellada -Lápiz -Hojas
	Validar los sentimientos que expresa la mujer respecto a la situación vivida.	Intervención desde el bagaje teórico referido a las desigualdades entre géneros.	
Análisis del problema	Explorar la situación vivida.	Realizar preguntas que faciliten a la mujer expresar las ideas, opiniones y sentimientos.	-Pañuelos de papel -Agua embotellada
Posibles soluciones	Solicitar apoyo de las ONG participantes del proceso de investigación y/o Institución Pública para iniciar un proceso terapéutico con la mujer y profundizar en la situación, en el caso de que se requiera.	Referencia.	-Papel -Lapicero

	Brindar contención emocional.		
Acompañar acciones concretas	Dirigirse a instancias de naturaleza jurídica y defensa de derechos de las mujeres para interponer denuncias.	Acompañar a las mujeres en este proceso.	-Papel -Lapiceros -Pañuelos de papel -Agua embotellada
Seguimiento	Brindar acompañamiento a la mujer.	Se realiza un aproximado de dos a tres llamadas a las mujeres para saber cómo les está yendo en el proceso terapéutico y en dado caso de que interpusieron alguna denuncia saber cómo van con ese procedimiento judicial.	Brochure informativo acerca de sus derechos.

Fuente: Elaboración propia, con base en Slaikou (1990), p.116-117.

Para el desarrollo de la atención es importante tener presente que en la medida de posible se contará con representantes de las organizaciones (ACAMUDE, Mamasol y Liga de la Leche), para disminuir el riesgo de afectación emocional durante el desarrollo de las entrevistas. Estas personas están capacitadas para atender situaciones emergentes que puedan manifestar las mujeres sujetas de la investigación, constituyéndose en un soporte importante para la atención de lo inmediato.

Anexo N° 4: Entrevista semiestructurada a mujeres participantes de la investigación

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

INSTRUMENTO PARA SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

(Para ser sujeta/o de investigación)

(Expresiones del derecho a la salud en el proceso de atención pública a mujeres durante el embarazo y posparto en su vinculación con la violencia obstétrica.)

Este documento es una guía para la realización de la técnica de entrevista semi-estructurada para la investigación titulada *Expresiones del derecho a la salud en el proceso de atención pública a mujeres durante el embarazo y posparto en su vinculación con la violencia obstétrica*.

El objetivo de este instrumento es analizar las vivencias obstétricas de mujeres en el sistema de salud pública durante el proceso de atención del embarazo, con el fin de evidenciar las expresiones del derecho a la salud y su vinculación con la violencia obstétrica.

Por consiguiente, la entrevista pretende obtener información del último embarazo, entendido como un proceso que abarca los meses de embarazo, trabajo de parto, parto y posparto, por ende, se requiere haber transcurrido como máximo un año y como mínimo seis meses de la conclusión de este proceso.

La información que usted brinde es totalmente confidencial, es decir, los datos se mantendrán en secreto y su identidad será anónima, por lo que se le solicita con todo respeto su colaboración en esta entrevista.

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____

Lugar de Procedencia: _____

Escolaridad: _____

Estado Civil: _____

Cantidad de hijos/as: _____

Fecha del último parto: _____

Lugar de entrevista: _____

Hora de inicio de entrevista: _____

Hora de finalización de entrevista: _____

Entrevista realizada por: _____

Inicio del embarazo (atención de laboratorio)

1. ¿Al momento del embarazo contaba con el seguro social de la Caja Costarricense del Seguro Social? (En el caso de ser negativa) ¿Cómo lo resolvió?
2. ¿Cómo se enteró del embarazo?
3. ¿Cuál fue la reacción del profesional en salud ante su solicitud de prueba de embarazo?
4. ¿Cómo fue brindada la respuesta de la prueba de embarazo por el personal de salud?

Proceso del Embarazo

5. ¿En cuál establecimiento o centro de salud fue atendida durante las etapas del embarazo?
6. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando inició el control prenatal? (Si fue tardío) ¿Explicar las razones del por qué?
7. ¿Cada cuánto fue citada para el control prenatal?
8. ¿Existió alguna situación de riesgo durante el embarazo? (Si la respuesta es afirmativa) ¿Qué información se le proporcionó y qué medidas se tomaron?
9. ¿Se le informó sobre la situación de salud del o la bebé?
10. ¿Antes del embarazo usted padecía alguna enfermedad? (Si la respuesta es afirmativa) ¿Fue tratada durante ese periodo?
11. ¿Después del embarazo usted padeció de alguna enfermedad? (Si la respuesta es afirmativa) ¿Cuál? _____ ¿Cuál es o fue el tratamiento?
12. ¿Durante las citas prenatales, el personal de salud le habló sobre la sexualidad en el embarazo?

13. ¿Se le facilitó condones para prevenir enfermedades o infecciones de transmisión sexual? (Si) ¿Cada cuánto se los facilitaban?
14. ¿En esas citas se abordó el tema de anticonceptivos? (pastillas, condones, ritmo, T, salpingoclasia o ligadura de trompas, vasectomía) (Si) ¿Qué le hablaron al respecto?
15. ¿Le suministraron algún tipo de medicamento durante la atención prenatal? (Si) ¿Cuál o Cuáles?
16. ¿Le explicaron para qué eran esos medicamentos?
17. ¿En las citas prenatales el personal de salud le proporcionó información sobre los siguientes aspectos para proteger y asegurar su salud?

Citas prenatales					
Aspecto	Si	No	No se acuerda	No responde	Lo abordado
17.1 Actividades recreativas					
17.2 Alimentación					
17.3 Mitos, tabúes y restricciones que dificultan la sexualidad durante el embarazo					
17.4 Derechos en el proceso (acompañamiento, toma de decisiones en cuanto al parto)					
17.5 Derechos de la niña o el niño					
17.6 Derechos de la o el acompañante					
17.7 Ayudas técnicas (dinero, alimentación, hospedaje)					

17.8 Atención psicosocial/ Grupos de mujeres/ grupos de apoyo					
17.9 Actividad física o de porte					
17.10 Cambios físicos y emocionales					
17.11 Autoestima					
17.12 Automedicación					
17.13 Uso de drogas y alcohol					
17.14 Complicaciones que se puedan presentar durante el embarazo, trabajo de parto, parto y postparto.					
17.15 Lactancia					

Fuente: Elaboración propia con base en el Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias (2014) Caja Costarricense de Seguro Social.

18. ¿Cómo y quién le brindó esa información? (Panfletos, brochures, material didáctico, talleres, videos)

19. ¿Durante la atención prenatal las personas que le dieron atención le manifestaron las siguientes acciones que la hicieron sentir mal, triste, enojada, incomoda?

Manifestaciones verbales y físicas					
Acciones	Si	No	No recuerda	No responde	¿Cuales?
20.1 Objeto de Burlas					
20.2 La mandaron a callar					
20.3 Tono					

irrespetuoso					
20.4 Palabras ofensivas					
20.5 Insultos					
20.6 Agresión física					
20.7 Irrespeto alguna parte del cuerpo					

Fuente: Elaboración propia

20. ¿Cuáles cree usted que sean las razones que generaron esa situación? (nacionalidad, religión, edad, grado de escolaridad, posición socioeconómica, orientación sexual, número de hijos e hijas).
21. ¿Durante el desarrollo de esas citas, pudo evacuar dudas al respecto del proceso del embarazo? (Si) ¿Cómo fueron evacuadas esas dudas?
22. ¿En la atención prenatal usted fue escuchada y pudo tomar decisiones al respeto de su proceso de embarazo? ¿Cuáles decisiones le permitieron tomar?
23. ¿Fue invitada al curso de preparación para el parto? (Si) ¿Cuáles de los siguientes temas se abordaron?

Curso de preparación para el parto					
Aspecto	Si	No	No se Acuerda	No responde	Lo abordado
23.1 Actividades recreativas					
23.2 Alimentación					
23.3 Mitos, tabúes y restricciones que dificultan la sexualidad durante el embarazo					

23.4 Derechos en el proceso (acompañamiento, toma de decisiones en cuanto al parto)					
23.5 Derechos de la niña o el niño					
23.6 Derechos de la o el acompañante					
23.7 Ayudas técnicas (dinero, alimentación, hospedaje, ayudas técnicas)					
23.8 Atención psicosocial/ Grupos de mujeres/ grupos de apoyo					
23.9 Actividad física o deporte					
23.10 Cambios físicos y emocionales					
23.11 Autoestima					
23.12 Automedicación					
23.13 Uso de drogas y alcohol					
23.14 Posiciones durante el trabajo de parto y parto					
23.15 Técnicas de relajación y respiración					

23.16 Complicaciones que se puedan presentar durante el embarazo, trabajo de parto, parto y postparto.					
23.17 Lactancia					

Fuente: Elaboración propia con base en el Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias (2014) Caja Costarricense de Seguro Social.

24. ¿Cuáles considera usted que son las fortalezas y limitaciones de la atención prenatal?

Trabajo de parto

25. ¿Al llegar al centro de salud para la atención del parto fue atendida de inmediato por el personal administrativo, médico, profesionales u otras personas? (En caso de ser afirmativo) ¿Cómo describiría la atención recibida en ese momento? (En caso de ser negativo) ¿Cuál considera usted que fueron las razones por las que no se dio la atención de manera inmediata?

26. ¿Le permitieron estar acompañada en todo momento durante el internamiento? (Si) pase a la pregunta 27, (No) ¿Cuál fue la justificación que le dieron para no permitirlo?

27. ¿Le realizaron tactos vaginales? ¿Cuántos tactos le realizaron? ¿Cada cuánto? ¿Por quién o quienes fueron realizados?

28. En esta etapa usted pudo realizar las siguientes acciones:

Acciones permitidas o no por el personal de salud				
Acciones	Si	No	No responde	No recuerda
28.1 Moverse				
28.2 Caminar				
28.3 Expresarse				
28.4 Hacer ruidos				
28.5 Llorar				
28.6 Gritar				
28.7 Comer				

28.8 Bañarse				
--------------	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

29. ¿Le comentaron por qué **no** debía hacerlo?
30. ¿Durante el trabajo de parto se le informó sobre la condición de salud del o la bebé con regularidad? (Si) ¿Qué le expresaron?
31. ¿Durante el trabajo de parto fue necesario referirla a otro centro de salud? (Si) ¿Cuáles fueron las causas del traslado? ¿En qué condiciones se dio? (No) pase a la pregunta número 32
32. ¿Qué tipo de artículos o cosas le brindaron el día de su internamiento? (paños, sábanas, jabón, bata, cobijas, etc.) ¿Cree que son los necesarios? ¿Se requieren otros?
33. ¿Tenía dudas durante el trabajo de parto? (Si) ¿De qué tipo? (No) pase a la pregunta número 35
34. ¿Esas preguntas fueron evacuadas? ¿Quién y cómo se las evacuaron?
35. Le suministraron algún tipo de medicamento (Si) ¿Cuáles? (No) pase a la pregunta número 37
36. ¿Le explicaron por qué lo hacían y para qué? (Si) ¿Qué tipo de explicación le dieron?
37. Durante el trabajo de parto le practicaron los siguientes procedimientos o técnicas:

Procedimientos en el trabajo de parto				
Técnica	Si	No	No recuerdo	No responde
37.1 Rasurado de genitales				
37.2 Enema (Lavativa)				
37.3 Rotura artificial de bolsa				
37.4 Colocación de vía intravenosa				
37.5 Colocación de oxitocina sintética. (suero para acelerar el parto)				
37.6 Monitoreo fetal continuo				

Fuente: Elaboración propia con base Saulo y Osorio (2015) Encuesta atención al parto/cesárea. Las Casildas y Observatorio de violencia obstétrica de Argentina. Recuperado de: <http://www.ovcmsalta.gob.ar/form/atencion.pdf>

38. ¿Estuvo de acuerdo con los procedimientos que le realizaron? (Si/No) ¿Por qué?
39. ¿Cómo se sintió cuando le realizaron esos procedimientos?
40. ¿Durante el trabajo de parto las personas que le dieron atención le manifestaron las siguientes acciones que la hicieron sentir mal, triste, enojada, incomoda?

Manifestaciones verbales y físicas					
Acciones	Si	No	No recuerda	No responde	¿Cuales?
40.1 Objeto de Burlas					
40.2 La mandaron a callar					
40.3 Tono irrespetuoso					
40.4 Palabras ofensivas					
40.5 Insultos					
40.6 Agresión física					
40.7 Irrespeto alguna parte del cuerpo					

Fuente: Elaboración propia

41. ¿Cuáles cree usted que sean las razones que generaron esa situación? (nacionalidad, religión, edad, grado de escolaridad, posición socioeconómica, orientación sexual, número de hijos e hijas).
42. En general ¿cómo califica la atención que recibió durante el trabajo de parto en el centro de salud? ¿Por qué?

Calificación de la atención durante el trabajo de parto				
Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena

Proceso de parto

43. ¿El parto fue vaginal o por cesárea? ¿Explique por qué razón?
44. ¿Usted pudo decidir cómo tener a su bebé? (Posiciones)
45. ¿En caso de que fuese por cesárea ¿le explicaron en qué consiste, los beneficios y los riesgos que implica ese procedimiento?
46. ¿Durante esta etapa le permitieron estar acompañada en todo momento?
47. ¿Qué tipo de cosas le brindaron al momento del parto? (paños, sábanas, bata, etc.) ¿Cree que son los necesarios? ¿Se requieren otros?
48. ¿Tenía dudas durante el parto? (Si) ¿De qué tipo? (No) pase a la pregunta número 50
49. ¿Las preguntas fueron evacuadas? ¿Quién y cómo se las evacuaron?
50. ¿Le suministraron algún medicamento? (Si) ¿Cuáles? (No) pase a la pregunta número 52
51. ¿Le explicaron por qué lo hacían y para qué? (Si) ¿Qué tipo de explicación le dieron?
52. Durante el parto le practicaron los siguientes procedimientos o técnicas:

Procedimientos en el proceso de parto				
Técnica	Si	No	No recuerdo	No responde
52.1 Episiotomía: (es un corte que se realiza antes del parto en el área que está entre la vagina y el ano) “Piquete”				
52.2 Maniobra Kristeller (consiste en empujar el abdomen por parte de alguien del equipo médico)				
52.3 Sujetaron muñecas o piernas				
52.4 Inducción (Suero)				
52.5 Anestesia General o epidural				
52.6 Fórceps				

Fuente: Elaboración propia con base Saulo y Osorio (2015) Encuesta atención al parto/cesárea. Las Casildas y Observatorio de violencia obstétrica de Argentina. Recuperado de: <http://www.ovcmsalta.gob.ar/form/atencion.pdf>

53. ¿Estuvo de acuerdo con los procedimientos que le realizaron? (si/no) ¿Por qué?

54. ¿Cómo se sintió cuando le realizaron estos procedimientos?
55. Si fue un parto vaginal ¿le indicaron cómo y cuándo debía pujar?
56. ¿Usted pudo poner en práctica la información que le ofreció el personal de salud en las citas de control prenatal? (Si) ¿Que logró poner en práctica? (No) ¿Cuáles fueron los obstáculos que le impidieron ponerlos en práctica?
57. ¿Usted pudo poner en práctica la información suministrada por el personal de salud en el curso de preparación para el parto? (Si) ¿Que logró poner en práctica? (No) ¿Cuáles fueron los obstáculos que le impidieron ponerlos en práctica?
58. ¿Durante el parto las personas que le dieron atención le manifestaron las siguientes acciones que la hicieron sentir mal, triste, enojada, incomoda?

Manifestaciones verbales y físicas					
Acciones	Si	No	No recuerda	No responde	¿Cuales?
58.1 Objeto de Burlas					
58.2 La mandaron a callar					
58.3 Tono irrespetuoso					
58.4 Palabras ofensivas					
58.5 Insultos					
58.6 Agresión física					
58.7 Irrespeto alguna parte del cuerpo					

59. ¿Cuáles cree usted que sean las razones que generaron esa situación? (nacionalidad, religión, edad, grado de escolaridad, posición socioeconómica, orientación sexual, número de hijos e hijas).
60. ¿Se le informó sobre la condición de salud del o la bebé con regularidad durante el parto? (Si) ¿Qué le expresaron?

61. ¿Se le realizó algún procedimiento al o la bebé? (Si) ¿Cuál? _____ (No) pase a la pregunta número 64
62. ¿Le explicaron en qué consisten estos procedimientos? (En caso de ser afirmativo) ¿En qué consistía?
63. ¿Usted fue tomada en cuenta para decidir sobre esos procedimientos?
64. Después del parto ¿En qué momento tuvo contacto con su bebé?, ¿Por cuánto tiempo se prolongó ese contacto?
65. ¿A partir de alguna situación anterior se generó consecuencias en su estado de salud física, emocional, económica, con otras personas o familia?
66. En general ¿Cómo califica la atención que recibió durante el parto en el centro de salud? ¿Por qué?

Calificación de la atención durante el parto				
Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena

Proceso del puerperio

67. ¿Después del parto fue asesorada en los servicios de salud? (Si/No) ¿Que temas se abordaron?

El puerperio					
Aspecto	Si	No	No recuerda	No responde	Lo Abordado
67.1 Autocuidado					
67.2 Métodos anticonceptivos					
67.3 Actividad física o deporte					
67.4 Alimentación					

67.5 Mitos, tabúes y restricciones que dificultan la sexualidad después del embarazo					
67.6 Derechos de la niña o el niño (Seguro Social, cuidados, responsabilidades de los padres y las madres)					
67.7 Ayudas técnicas (dinero, alimentación, hospedaje)					
67.8 Atención psicosocial/ Grupos de mujeres o de apoyo					

68. ¿Le hablaron de la lactancia? (En caso de ser afirmativo) ¿Que le dijeron?

69. ¿Usted pudo decidir amamantar o no a su bebé? ¿En algún momento se sintió presionada a hacerlo?

70. ¿Qué tipo de atención recibió?

71. ¿Cómo se sintió en el periodo de puerperio?

72. ¿Durante las citas del puerperio las personas que le dieron atención le manifestaron las siguientes acciones que la hicieron sentir mal, triste, enojada, incomoda?

Manifestaciones verbales y físicas					
Acciones	Si	No	No recuerda	No responde	¿Cuales?
72.1 Objeto de Burlas					
72.2 La mandaron a callar					

72.3 Tono irrespetuoso					
72.4 Palabras ofensivas					
72.5 Insultos					
72.6 Agresión física					
72.7 Irrespeto alguna parte del cuerpo					

Fuente: Elaboración propia (2016)

73. ¿Cuáles cree usted que sean las razones que generaron esa situación? (nacionalidad, religión, edad, grado de escolaridad, posición socioeconómica, orientación sexual, número de hijos e hijas).

74. ¿Qué sabe ahora que no sabía antes del proceso de embarazo, parto y postparto? (negación a la lactancia, no medicalización y patologización de los procesos de embarazo).

75. En general ¿Cómo califica la atención que recibió durante el postparto en el centro de salud? ¿Porque?

Calificación de la atención durante el parto				
Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena

76. ¿Hubo alguna expectativa en la atención de su salud que no fue cumplida durante el proceso de embarazo?

77. Tiene algún comentario o algo que quiera agregar en el tema

¡Muchas gracias!

Anexo N°5: Entrevista semiestructurada a profesionales con experticia en el tema de la violencia obstétrica.

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

**INSTRUMENTO PARA INFORMANTES CLAVE DE INVESTIGACIÓN
INFORMANTES CLAVE - PERSONAL**

Expresiones del derecho a la salud en el proceso de atención pública a mujeres durante el embarazo y posparto en su vinculación con la violencia obstétrica.

El objetivo de la entrevista semiestructurada consiste en explorar y analizar las expresiones del derecho a la salud en el proceso de atención pública a mujeres durante el embarazo y posparto en su vinculación con la violencia obstétrica.

I Información General

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____

Grado Académico y profesión: _____

Área de trabajo: _____

Experiencia: _____

Hora de inicio de entrevista: _____

Hora de finalización de entrevista: _____

Entrevista realizada por: _____

II Categorías Teóricas

II.I Violencia Obstétrica

1. ¿Qué entiende por violencia obstétrica?
2. ¿Cuáles factores socioculturales inciden en la reproducción de la violencia obstétrica? (*patriarcado, género, relaciones de poder, condiciones históricas/sociales, sistema de valores, sistema económico, clase social, educación, religión, etnia*)
3. ¿Qué factores institucionales determinan este tipo de violencia en la realidad de las mujeres? (*voluntad política, estructura, poco personal, jerarquías, falta de coordinación, falta de capacitación, instrumentos para sancionar la Violencia Obstétrica*)
4. ¿Cuáles son las características de las mujeres que podrían estar incidiendo en que se profundice la reproducción de la violencia obstétrica durante la atención del embarazo, trabajo de parto, parto y posparto?
5. ¿Cómo se manifiesta la violencia obstétrica en la atención de la salud pública en Costa Rica? en los siguientes ámbitos:
 - Físico.
 - Psicológico.
 - Emocional.
 - Social.
 - Patrimonial.
6. ¿Cuáles derechos se violentan en el ejercicio de la violencia obstétrica? (*principio de autonomía, libertad de expresión, la privacidad, derechos sexuales y reproductivos*)
7. En relación a la autonomía ¿cuáles son las afectaciones que genera la violencia obstétrica en la mujer? (*cuerpo, intimidad, toma de decisiones, salud física, psicológica, emocional, material*)
8. En general ¿cuáles son las consecuencias producto de la práctica de la violencia obstétrica?

II.II Proceso de embarazo y atención en salud

9. ¿Cuáles consecuencias se pueden presentar a raíz de la medicalización durante la atención prenatal, trabajo de parto y parto?
10. ¿Cuáles pueden ser los beneficios y riesgos de la medicalización de las mujeres durante el postparto?
11. ¿Cómo se vulnerabiliza el derecho a la autonomía de las mujeres durante la atención en salud en el posparto?
12. ¿Cómo se expresa en la atención en salud pública los derechos sexuales de las mujeres en el proceso de embarazo y posparto?
13. ¿Cómo se expresa en la atención en salud pública los derechos reproductivos de las mujeres en el proceso de embarazo y posparto?
14. ¿Cómo se visualiza a las mujeres en el periodo de lactancia en el sistema de atención en salud pública?
15. ¿Durante la atención del proceso de embarazo y postparto se manifiestan relaciones desiguales y de poder entre las mujeres y el personal de salud? Si/No ¿Por qué?

II.III Política Pública y atención en salud

16. ¿Cómo garantiza el Estado el derecho a la salud de las mujeres durante el proceso del embarazo y posparto?
17. ¿Considera que estos mecanismos se cumplen? Si/No ¿Por qué? (Política, Infraestructura, Educación y Capacitación, Financiamiento)
18. ¿Son suficientes para el ejercicio del derecho a la salud de las mujeres durante el proceso del embarazo y posparto? Si/No ¿Por qué? (Sí: Política, Infraestructura, Educación y Capacitación, Financiamiento) (No: Voluntad Política, Fuentes de Financiamiento, No es prioridad, Cultural- Androcéntrica, Falta de Capacitación, Sensibilidad, a la Ética)
19. ¿Considera usted que la desigualdad de género se manifiesta en la política pública de salud? Si/No ¿Por qué?
20. ¿Cómo afecta los niveles de jerarquía que establece el sistema de salud público la atención en salud de las mujeres durante el proceso de embarazo y posparto?
21. ¿Cómo garantiza el Estado que no se viole el derecho a la autonomía en las mujeres durante la atención prenatal, trabajo de parto, parto y postparto?

22. En materia de derechos sexuales de las mujeres durante el embarazo y postparto ¿cuáles son las estrategias de atención que plantea la política pública? ¿Usted considera que se cumplen? Si/No ¿por qué?
23. En materia de derechos reproductivos de las mujeres durante el embarazo y postparto ¿cuáles son la estrategia de atención que plantea la política pública? ¿Usted considera que se cumplen? Si/No ¿por qué?
24. ¿Considera que se han presentado avances en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres en relación a la política pública? Si/No ¿Por qué?
25. ¿Qué tipo de acciones concretas debe incorporar el Estado en relación a los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las mujeres?
26. Según lo estipulado en la Política Pública en Lactancia Materna de Costa Rica ¿Cuál es el papel que se percibe de las mujeres durante el desarrollo lactancia?
27. ¿La creación y ratificación de una política contra la violencia obstétrica puede incidir el número de casos donde se manifiesta este tipo de violencia? Si/No ¿Por qué?
28. Actualmente ¿Cuáles son los mecanismos con los que cuenta el Estado para sancionar la violencia obstétrica que se genera en las mujeres?
29. ¿Qué medidas puede tomar el Estado para sancionar la violencia obstétrica que se genera en las mujeres?
30. Tiene algún comentario o algo que quiera agregar en el tema.

¡Muchas gracias!

Anexo N°6: Carta de apoyo de la Organización Liga de la Leche para realizar la investigación



LIGA DE LA LECHE
COSTA RICA

San José, 28 de junio del 2016

Señores (as)
Comisión de Trabajo Final de Graduación
Escuela de Trabajo Social
Universidad de Costa Rica

Estimados (as) señores y señoras:

La Liga de La Leche es una organización internacional no gubernamental, sin fines de lucro, religiosos o políticos, que promueve y apoya la lactancia materna. El resultado de esta práctica, se traduce en grandes beneficios para la salud física y emocional de la familia y la sociedad. Estamos presentes en 75 países, este año cumplimos 60 años desde nuestra fundación en Estados Unidos y somos la organización más antigua y grande en el apoyo de madre a madre a través de más de 7,000 voluntarias en todo el mundo.

El motivo de esta carta es manifestar nuestro apoyo a las estudiantes **Ana Lucía Rodríguez Chacón** y **Yishleny Vargas Robles**, estudiantes de Licenciatura de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica para desarrollar parte de su Trabajo Final de Graduación a través de nuestra organización; recuperando información de las manifestaciones de violencia obstétrica en las experiencias de mujeres durante el proceso de embarazo, parto y post parto en el sistema de salud costarricense, para su sistematización, análisis y documentación; con el fin de determinar las implicaciones que esta genera en el Derecho a la Salud.

La Liga de la Leche Costa Rica se compromete a contactar a mujeres que han pasado por episodios de violencia obstétrica en los servicios de atención de salud en Costa Rica, puesto que a diario estamos en contacto con mujeres que acaban de tener a sus bebés y muchas de ellas, desafortunadamente, han sufrido violencia obstétrica.



LIGA DE LA LECHE
COSTA RICA

Nuestra organización trabaja activamente abordando temas referentes a aspectos relacionados con el posparto, y estamos en contacto también con otras agrupaciones que abordan temas relacionados con los derechos de las mujeres.

La investigación que realicen las estudiantes Ana Lucía y Yishleny, implica un insumo importante para nuestra organización, puesto que desde el trabajo que desarrollamos intentamos procurar un cambio en el paradigma de atención a las mujeres durante el embarazo y parto, ya que está demostrado que la manera en que se viven estas experiencias tiene un impacto en la lactancia materna y la forma en que las mujeres inician la maternidad.

La Liga de la Leche facilitará espacios de discusión durante los grupos de apoyo que realiza con mujeres; además de proporcionar material (libros, brochures, noticias, artículos) relacionados al tema del embarazo y los procesos que se desarrollan durante el parto.

Sin más le enviamos un saludo cordial esperando que la investigación que realicen las estudiantes sea de beneficio para las mujeres, sus hijos e hijas y la sociedad costarricense.

Atentamente,

Ana Waleska Porras Mancilla
Coordinadora
Liga de la Leche Costa Rica
Cédula 132000087724
Sitio web: <http://www.lli.org/costarica.html>
Teléfono 8845 8465
Email: waleskaporras@gmail.com

www.lli.org (506) 2441 0148 • (506) 2592-2023 

Anexo N°7: Carta de apoyo de la Organización MAMASOL para realizar la investigación

San José, Miércoles 29 de junio del 2016.

Señoras/os
Comisión de Trabajo Final de Graduación
Escuela de Trabajo Social
Universidad de Costa Rica

Estimados(as):

Mamasol es una asociación sin fines de lucro, formada por usuarias/os y profesionales, que procura generar cambios entre las personas, para lograr que los nacimientos de los y las futuras costarricenses sean más humanizados, libres de violencia, llenos de amor y respeto para las necesidades de cada madre y bebé.

Durante los últimos diez años hemos ido recogiendo testimonios de las mujeres y sus familiares, referidos a cesáreas innecesarias y sobre todo malos tratos durante el parto y posparto, que se derivan de procedimientos hospitalarios en el parto, los cuales constituyen un ámbito institucional de violencia contra la mujer y su bebé, privándoles de los derechos reconocidos, situación que nos lleva a procurar acciones para proteger los derechos básicos de las mujeres y sus hijas e hijos.

Bajo esas ideas la Organización Mamasol ha manifestado el apoyo a las estudiantes Ana Lucía Rodríguez Chacón y Yishleny Vargas Robles, estudiantes de Licenciatura de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica para desarrollar el Trabajo Final de Graduación en la organización; recuperando, visibilizando y analizando los procesos de violencia Obstétrica en experiencias de mujeres durante el proceso de embarazo, para su sistematización y documentación.

Es decir la Organización se compromete a contactar a mujeres que han pasado por episodios obstétricos en los servicios de atención de salud en Costa Rica, para implementar la metodología que las estudiantes proponen, puesto que la organización trabaja activamente abordando temas referentes al proceso del embarazo, donde se ha podido constatar elementos de la violencia obstétrica, que requieren ser investigados, reflexionados y documentados.

De esta manera la investigación implica un insumo importante para la organización, puesto que desde el trabajo que desarrollamos intentamos procurar un cambio en el paradigma de atención a las mujeres embarazadas; por tanto Mamasol facilitará el espacio para realizar las entrevistas y otras técnicas de recolección de información, entre las mujeres que deseen participar en el desarrollo de la investigación con sus conocimientos y experiencias, a la vez que se brindará material didáctico relacionado al tema y los procesos durante el embarazo.

Sin más le enviamos un saludo cordial esperando una respuesta positiva que genere bienestar a las partes involucradas.

Mamasol
Sitio web: www.mamasol.com

Representantes

Rebecca Turecky, C.N.M., N.D.
Rebecca Turecky, N.D., C.N.M.
Doctorado en Enfermería
Máster en Enfermería Obstétrica y perinatal
Cédula: 8-083-163
Teléfono: 89939777



Marie Tyndall
Marie Tyndall, R.M., R.N.
Enfermera y Partera Registrada
Cédula: 8-0103-0174
Teléfono: 83768348

Anexo N°8: Carta de apoyo de la ACAMUDE para realizar la investigación



San José, Jueves 23 de Junio del 2016

Señores (as)

Comisión de Trabajo Final de Graduación

Escuela de Trabajo Social

Universidad de Costa Rica

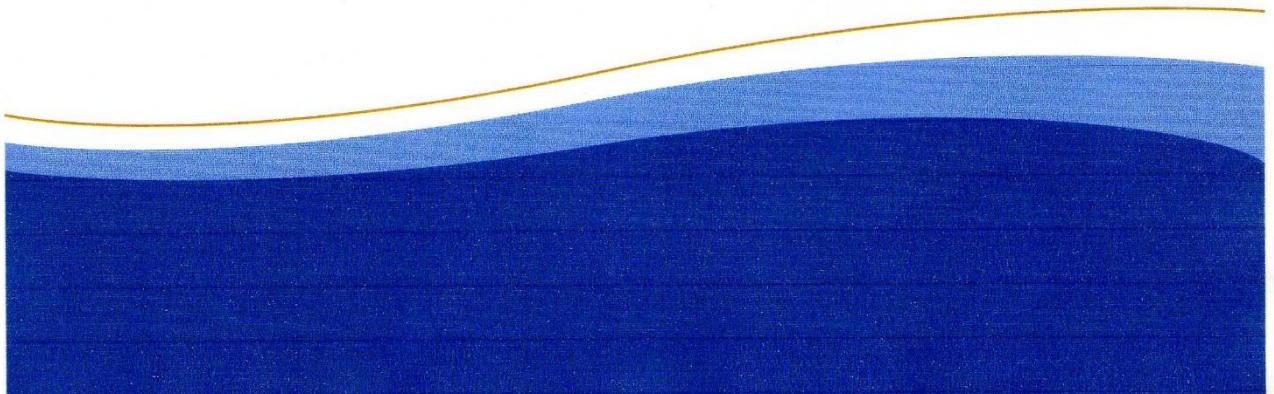


Estimados(as):

La presente es para saludarle, somos la Agenda Cantonal de Mujeres Desamparadeñas (ACAMUDE), agrupación que busca garantizar la plena vigencia y respeto de los derechos humanos de las mujeres, así como el derecho a la participación y su defensa por parte de las mujeres.

Para ello giramos acciones que permitan:

- Fortalecer la administración pública local en derechos humanos de las mujeres.
- Velar por el respeto de los derechos de las mujeres.



AGENDA CANTONAL DE MUJERES DESAMPARADEÑAS

Fundada en 1996 CÉDULA 1-002 317 913



De esta manera ACAMUDE se compromete en contactar a mujeres que han pasado por todo el proceso de embarazo, además se facilitará las instalaciones de la organización para implementar las técnicas de recolección de información de forma que las mujeres al estar familiarizadas con el espacio, se sientan cómodas en expresar sus sentimientos y conocimientos.

En ese sentido la investigación es un insumo importante para ACAMUDE, puesto que desde el trabajo desarrollado por la agrupación prevalece el ejercicio de los derechos por parte de las mujeres, y el tema de la salud es elemental para el bienestar y mejoramiento de la calidad de sus vidas.

Sin más le enviamos un saludo cordial esperando una respuesta positiva que genere bienestar a las partes involucradas.

Representante:

Beatriz Castro Zúñiga

Teléfono: 2250 9576

Correo:acamude@hotmail.com

Dirección 50 metros este de ASEMBIS Desamparados

Tels: 2250-9576 8918-1798 Facebook.com / Acamude

Correo electrónico acamude@hotmail.com

Convocatoria Para participar en la investigación

“Atención de las mujeres durante el proceso de embarazo (prenatal, trabajo de parto, parto y postparto) en los servicios de salud pública en Costa Rica”

Requisitos

- **Mujeres que hayan pasado por todo el proceso de embarazo (prenatal, trabajo de parto, parto y posparto).**
- **Mujeres que tengan máximo un año y mínimo dos meses de haber concluido el proceso de embarazo.**
- **Mujeres que hayan recibido atención en centros de salud pública.**
- **Mujeres entre 18 años y 40 años.**
- **Participación voluntaria en el estudio.**
- **Firmar el consentimiento informado.**
- **Estar en la disponibilidad para realizar la entrevista.**

Para mayor información nos puede contactar al correo lucir07@gmail.com o yishleny@gmail.com, o bien a los números 85029701 o 87616663



Anexo N° 10: Consentimiento informado mujeres participantes de la investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Para mujeres que hayan pasado por todo el proceso de embarazo (prenatal, trabajo de parto, parto y puerperio) con un máximo de un año y como mínimo 6 meses de haberlo concluido y fueron atendidas en centros de salud pública.

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeta/o de investigación)

(Expresiones del derecho a la salud en el proceso de atención pública a mujeres durante el embarazo y posparto en su vinculación con la violencia obstétrica.)

Nombre de las investigadoras: Ana Lucía Rodríguez Chacón y Yishleny Vargas Robles.

Nombre de la participante: _____ .

A) PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN: El presente estudio se desarrolla desde la Universidad de Costa Rica por dos estudiantes de la carrera de Trabajo Social, como parte de su Trabajo Final de Graduación, para optar por el grado de licenciatura. La investigación tiene como propósito explorar y analizar las expresiones del derecho a la salud en el proceso de atención pública a mujeres durante el embarazo y posparto en su vinculación con la violencia obstétrica.

B) ¿QUÉ SE HARÁ?: Si acepto participar en este estudio, se me realizará lo siguiente:

- Una entrevista donde expresó lo vivido durante el proceso de embarazo y la atención recibida en los servicios de atención en salud pública.

- Las entrevistas serán grabadas y guardadas en un audio de manera anónima, por ende, se mantendrá en secreto mi identidad. Estas grabaciones se transcribirán y la información será analizada por las investigadoras para alcanzar los objetivos del estudio.
- La participación de este estudio es confidencial de manera que los resultados de las entrevistas aparecerán en el Trabajo Final de Graduación, de forma anónima o bajo un seudónimo respetando el principio de confidencialidad.

C) RIESGOS: La participación en este estudio puede significar algunos riesgos para mí por lo siguiente:

-Que recuerde una situación dolorosa o incómoda, que me genere afectación emocional (enojo, tristeza, cólera, impotencia, culpa) hacia mí misma, a la persona recién nacida u otra persona.

- Que me produzca sentimientos de culpa por el evento de violencia y las repercusiones creadas a partir de esta.

-Reactivación de secuelas por antecedentes de manifestaciones de violencia (abuso sexual y violación sexual, física, emocional, patrimonial y psicológica), que pueden estar ligadas a la situación vivida durante el embarazo o en el post parto.

D) BENEFICIOS: como resultado de mi participación en este estudio, no recibiré un beneficio directo (pago, beca, incentivo, regalo, bono), sin embargo, a través de mi participación aporté insumos que pueden visualizar la gravedad, las consecuencias e implicaciones que genera la violencia obstétrica a las mujeres en el ejercicio del derecho a la salud en el proceso de atención pública durante el embarazo y posparto, lo cual puede ayudar a generar conciencia social.

Adicionalmente esta podría ser una investigación que servirá como un motivante para ahondar en el tema, y a partir de la información arrojada se puedan construir acciones y prácticas que logren el mejoramiento de la atención en salud pública obstétrica a las mujeres en el ejercicio de sus derechos.

Así también se aporta a la lucha social y de organizaciones no gubernamentales que trabajan por los derechos de las mujeres, en este caso en particular en el derecho a la salud de las mujeres que hayan o estén embarazadas.

E) Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Ana Lucía Rodríguez Chacón, Yishleny Vargas Robles investigadoras en este estudio y ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera o requiere información extra más adelante, puedo obtenerla llamando a las investigadoras al teléfono: 85029701 / 87616663.

De igual manera puede consultar sobre los derechos de los y las Sujetas/os Participantes en Proyectos de Investigación al CONIS – Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud, teléfonos 2233-3594, 2223-0333 extensión 292, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Además, puede consultar a la Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Trabajo Social al 2207-5007. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

F) Recibiré una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.

G) Mi participación en este estudio es voluntaria. Tengo el derecho de negarme a participar o a discontinuar mi participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención en salud (o de otra índole) que requiero.

H) Mi participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.

D) No perderé ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de expresar dudas y éstas han sido respondidas por las investigadoras oportuna y satisfactoriamente. Por lo tanto, accedo a participar como sujeta/o de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeta/o fecha

Nombre, cédula y firma del testiga/o

fecha

Nombre, cédula y firma del Investigadora que solicita el consentimiento

fecha

Nombre, cédula y firma del Investigadora que solicita el consentimiento

fecha

Anexo N° 11: Consentimiento informado para profesionales con experticia en el tema de violencia obstétrica

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Para profesionales con experticia en el tema de violencia obstétrica.

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser participante de la investigación)

(Expresiones del derecho a la salud en el proceso de atención pública a mujeres durante el embarazo y posparto en su vinculación con la violencia obstétrica.)

Nombre de las investigadoras: Ana Lucía Rodríguez Chacón y Yishleny Vargas Robles.

Nombre del o la participante: _____ .

A) PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN: El presente estudio se desarrolla desde la Universidad de Costa Rica por dos estudiantes de la carrera de Trabajo Social, como parte de su Trabajo Final de Graduación, para optar por el grado de licenciatura. La investigación tiene como propósito explorar y analizar las expresiones del derecho a la salud en el proceso de atención pública a mujeres durante el embarazo y posparto en su vinculación con la violencia obstétrica.

B) ¿QUÉ SE HARÁ?: Si acepto participar en este estudio, se me realizará lo siguiente:

- Una entrevista donde expreso conceptos, ideas y argumentos relacionados al derecho a la salud de las mujeres, derechos reproductivos y sexuales, política pública en salud,

atención en salud de las mujeres durante el proceso de embarazo y postparto, violencia de género y violencia obstétrica.

- Las entrevistas serán grabadas y guardadas en un audio de manera anónima, por ende, se mantendrá en secreto su identidad. Estas grabaciones se transcribirán y la información será analizada por las investigadoras para alcanzar los objetivos del estudio.
- La participación de este estudio es confidencial de manera que los resultados de las entrevistas aparecerán en el Trabajo Final de Graduación, de forma anónima o bajo un seudónimo respetando el principio de confidencialidad.

C) RIESGOS: La participación en este estudio no deriva en ningún riesgo para su bienestar profesional, del quehacer cotidiano u investigativo y personal.

D) BENEFICIOS: Como resultado de mi participación en este estudio, no recibiré un beneficio directo (pago, beca, incentivo, regalo, bono), sin embargo, a través de mi participación aporté insumos al análisis que mantienen las sustentantes de la investigación en relación al derecho de la salud de las mujeres en la atención pública durante el proceso de embarazo en vinculación con la violencia obstétrica.

Adicionalmente esta investigación servirá como antecedente para ahondar en el tema, y en el futuro constituir acciones y prácticas que logren el mejoramiento de la atención pública en salud obstétrica a las mujeres.

E) Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Ana Lucía Rodríguez Chacón, Yishleny Vargas Robles investigadoras en este estudio y ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera o requiere información extra más adelante, puedo obtenerla llamando a las investigadoras al teléfono: 85029701 / 87616663.

De igual manera puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación al CONIS – Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud, teléfonos 2233-3594, 2223-0333 extensión 292, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Además, puede consultar a la Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Trabajo Social al 2207-5007. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

F) Recibiré una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.

G) Mi participación en este estudio es voluntaria. Tengo el derecho de negarme a participar o a discontinuar mi participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte las funciones y labores que realizo en mi labor profesional.

H) Mi participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.

D) No perderé ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas por las investigadoras de forma oportuna y satisfactoria; por lo tanto, accedo a participar en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeta/o	fecha
-------------------------------------	-------

Nombre, cédula y firma del testiga/o	fecha
--------------------------------------	-------

Nombre, cédula y firma del Investigadora que solicita el consentimiento	fecha
---	-------

Nombre, cédula y firma del Investigadora que solicita el consentimiento	fecha
---	-------