

V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2013.

Género y salud: equidad de género en la calidad de atención durante el embarazo y parto en hospitales públicos y centros privados de la ciudad de Buenos Aires.

Solis, Mónica.

Cita:

Solis, Mónica (2013). Género y salud: equidad de género en la calidad de atención durante el embarazo y parto en hospitales públicos y centros privados de la ciudad de Buenos Aires. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-054/307>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edbf/FZv>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

GÉNERO Y SALUD: EQUIDAD DE GÉNERO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO EN HOSPITALES PÚBLICOS Y CENTROS PRIVADOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Solis, Mónica

Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Resumen

Esta investigación corresponde a un proyecto de Tesis de Maestría en psicología Social Comunitaria dentro de “La Red de tesis y diplomandos/as en género, salud y subjetividad”, dirigido por la Dra. Débora Tajer, Codirectora Mg. Alejandra Lo Russo. Se pudo observar que existe un escaso conocimiento sobre la equidad de género en la calidad de atención en embarazo y parto, por lo que resulta pertinente su estudio, a fin de mejorar los modelos de atención e incluir la perspectiva de género en el campo de las políticas públicas en salud. (Tajer, 2004) Se parte del supuesto que el médico en su formación de grado y postgrado incorpora conocimiento a través de los paradigmas biológicos, sin contemplar el carácter histórico y social de las identidades y valores diferenciales por género, internalizados mediante los procesos de socialización. La hipótesis de este proyecto, es que el saber de médicos/as especialistas a través de imaginarios personales, que estructuran prácticas y discursos, sesgan y dificultan la toma de decisión diagnóstica y terapéutica y que pueden tener impactos negativos en la calidad de atención. Se utilizara metodología cualitativa para la recolección y el análisis de la información. Se realizaron entrevistas a profesionales e informantes clave.

Palabras clave

Género, Salud, Embarazo, Parto

Abstract

GENDER AND HEALTH: EQUALITY OF GENDERS IN QUALITY OF ATTENTION DURING PREGNANCY AND BIRTH IN PUBLIC HOSPITALS AND PRIVATE CENTERS OF BUENOS AIRES CITY

This research corresponds to a Masters Thesis in Social Psychology within the “Thesis Network in Gender, Health and Subjectivity”, led by Dr. Deborah Tajer, Co-Director Mg. Alejandra Lo Russo. It was observed that there is little knowledge with regards to gender equity in the quality of care provided during pregnancy and childbirth, therefore this study is relevant in order to improve the healthcare models that exist and include a gender perspective within the field of public health (Tajer, 2004). As a criterion it is assumed that a doctor, in his undergraduate and graduate training, incorporates knowledge through biological paradigms while overlooking the historical and social values that lay in identity and gender, which is internalized through the processes of socialization. The hypothesis of this project is that doctors / specialists knowledge and personal imaginary, structure the practices and discourses, creating a bias standpoint and an obstruction with regards to the decision-making process pertaining to the diagnostic and therapeutic approach. All of this leading to a negative impacts in the quality of care provided. Qualitative methodology

was used in the collection and analysis of information. Interviews with professionals and key informants were conducted.

Key words

Gender, Health, Pregnancy, Childbirth

Estado Actual del conocimiento del tema

Según informe de la Organización Mundial de la Salud (2013) existen evidencias que ubican a las mujeres en desventaja en lo concerniente al componente prestación de servicios en mujeres embarazadas y parto, señala que para lograr los más altos niveles de salud, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los varones, debido a sus diferencias biológicas y de género, tienen diferentes necesidades, obstáculos y oportunidades. Hace hincapié en que para disminuir las desigualdades en el estado de salud y promover la equidad en la atención, hay que proporcionar con equidad los recursos diagnósticos y terapéuticos y que estos sean adecuados a las necesidades diferenciales de varones y mujeres. Según estudios realizados en Argentina, el 60% de las muertes maternas fueron por una inadecuada atención obstétrica directa, en las que los factores de riesgo evitables son superiores a 80%. Esto estaría visibilizando la existencia de problemas relativos a la cobertura y calidad de los servicios de salud (Giacometti C 2005). Por otro lado, la tasa de mortalidad de menores de 5 años en Argentina, es de 19 por cada mil nacidos vivos, la mayoría de las muertes ocurre durante el primer año de vida. Expertos en el tema señalan que el riesgo de muerte al nacer está fuertemente asociado al estado de salud de la madre durante el embarazo y parto y al acceso a servicios de salud de calidad durante todo el proceso. (CEPAL, 2007) Asimismo, La prevención de las muertes maternas se reconoce como una prioridad internacional y su reducción en 3/4 para el 2015 es un compromiso asumido por la Argentina en las Metas del Milenio.

Frente a esta situación, se considera pertinente indagar la equidad de género en la calidad de atención en embarazo y parto, a fin de mejorar los modelos actuales de atención en los servicios de salud e incluir la perspectiva de género en el campo de las políticas públicas en salud. (Tajer, 2004)

Si bien, Argentina en la última década fue sancionando un paquete de leyes, (se desplegaran más adelante), tendientes a garantizar la aplicación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en la sociedad sigue subyaciendo la concepción patriarcal del cuerpo de la mujer, este hecho se plasma en las permanentes situaciones de violencia a las cuales son sometidas las mujeres en

relación a su cuerpo y al manejo de él.

En este sentido, los imaginarios sobre la salud y la vida de las mujeres, incrementa el riesgo de adquirir múltiples patologías (Tajer, Gaba y Reid, 2011; Fernández 2008). Evidenciándose en el hecho que las decisiones diagnósticas y terapéuticas, impregnadas por el campo estructural del Modelo Médico hegemónico deja por fuera los procesos históricos y las condicionantes socioeconómicas, ideológicas, culturales, con relación a la causalidad y el desarrollo de los padecimientos. (Eduardo Menéndez 2005).

Al respecto, El programa de Salud Sexual y Procreación Responsable que enmarca la Ley 25673, hace énfasis en la calidad y cobertura de los servicios de salud con la finalidad de dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. Asimismo, algunos de los objetivos trazados por este programa es la disminución de la morbilidad materna-infantil, como así también potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

De igual importancia, La Ley 26485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, menciona distintas tipificaciones dentro de las que se encuentra la violencia obstétrica, que es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, manifestada en “tratos deshumanizados, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales” de conformidad con el Art. 2º de la Ley 25929, ésta Ley protege los derechos de madres, padres y recién nacidos en el proceso de parto y nacimiento.

Por otro lado, se considera que La mortalidad materna además de medir la calidad y el acceso a servicios de salud muestra la situación que se vive en materia de equidad de género, las mujeres padecen problemas crónicos de salud como consecuencia de una inadecuada atención del embarazo, parto y puerperio. Desde una perspectiva de género, Tajer menciona que, los/as médicos y médicas tienen dificultad para pensar y actuar clínicamente según el modo de enfermar de cada género, motivo por el cual la diferencia tiende a transformarse en inequidad en la calidad de atención. (2004).

En cuanto a la inequidad de género en la calidad de atención, tomando a la inequidad como las diferencias y similitudes injustas e innecesarias en el grado de satisfacción de necesidades (Whitehead, 1990) se puede destacar que el problema puede basarse en: 1) la entrega de una atención igual para ambos sexos cuando las necesidades de género no son iguales, 2) la entrega de atención diferente cuando las necesidades no son diferentes y 3) un trato que refuerza los estereotipos de género.

Asimismo, existe acreditada evidencia para afirmar que el género es un indicador significativo de aspectos vinculados a la calidad de la atención médica:

-El modo que las asimetrías sociales determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-atención, en varones y mujeres. (D. Tajer, 2012) y sus interacciones con otros motivos de discriminación, inequidades y sesgo tales como edad, etnia, clase social que determinan particulares perfiles de morbilidad así también modelos de gestión de la enfermedad diferencial. (D. Tajer, 2012, OPS 2007)

-El efecto de la violencia de género sobre la salud y la vida de las mujeres, incrementa el riesgo de adquirir múltiples patologías (Tajer, Lo Russo, Gaba y Reid, 2011).

Frente a estos hechos se considera importante tomar en el marco teórico los diferentes acuerdos de la comunidad científica internacional, que han ido consagrando los derechos sexuales y reproductivos como así también las obligaciones del estado en materia de derechos.

Una de la más trascendente ha sido en el año 1979 la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW), que estipula en el Art. 12 que los Estados adoptarán las medidas conducentes a eliminar la discriminación en “el acceso a los servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación familiar”.

Asimismo, la cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer y su plataforma de Beijing (1995) consagró los derechos humanos de la mujer, posteriormente corroborado por el consejo de seguridad y el consejo de Derechos humanos de las Naciones Unidas, tomando los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ONU, 1994), donde se instauraron los lineamientos para el respeto de los derechos sexuales y reproductivos.

Estos acuerdos internacionales circunscriben los objetivos que los gobiernos de todos los países, incluyendo a Argentina, se han comprometido internacionalmente a incorporar en sus legislaciones y programas de gobierno, a partir de considerar la equidad entre los géneros como una necesidad humana. (Conferencias Cairo 1994 y Beijing 1995) (Standing y col, 2001) (Gomez Gómez, 2002).

En segundo lugar se abordará los sistemas de atención, considerado desde el enfoque biomédico de propiedad exclusiva del saber médico. Este rol, si bien fue impulsado y organizado mediante instituciones médicas puntuales, estuvo cimentado por criterios profesionales y también por demandas jurídicas destinadas por el Estado. (Eduardo Menéndez 2005)

En relación a este punto, el modelo de atención imperante en Argentina es el clínico que hace hincapié en la práctica curativa, clínica e individual. Donde prevalece una relación asimétrica en el vínculo médico/a- paciente, la legitimación de prácticas curadoras; una identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio de exclusión de los otros modelos (Menendez 2005). Así pues, el profesional se establece en autoridad, con una escasa comunicación, despersonalizada y unidireccional.

Tomando en cuenta estos antecedentes teóricos, se incluirá una concepción del espacio de acción pública de la salud en sentido amplio denominado “ámbito de la salud”, que incluye tanto a los servicios de salud así como a los ámbitos cotidianos en los cuales se conforman los determinantes de la situación de salud, entre los cuales encontramos como central la inequidad de género. (Tajer 2012)

Objetivos Generales

- Identificar los modos en que los sesgos de género determinan la toma de decisión diagnóstica y terapéutica de los/as profesionales especialistas en obstetricia y que pueden tener impactos negativos en la calidad de atención de embarazo y parto.
- Explorar los grados de equidad de género en médicos/as especialistas en relación al acceso, la calidad de la atención y el manejo de recursos para la salud en embarazo y parto.

Objetivos específicos:

- Describir los imaginarios personales y prácticas de los/as profesionales que integran el servicio de obstetricia de hospitales públicos y centros privados de Capital Federal, especializados en embarazo y parto.
- Caracterizar: estereotipos, prejuicios de los/las profesionales que integran el servicio de obstetricia de hospitales públicos y centros privados de Capital Federal, que ponen en riesgo la integralidad de la mujer durante el proceso de embarazo y parto.

Hipótesis

- Esta investigación sostiene que La hegemonía del saber médico

a través de imaginarios personales, es estructurador de prácticas y discursos que sesgan y dificultan la toma de decisión diagnóstica y terapéutica de médicos/as especialistas en obstetricia y que pueden tener impactos negativos en la calidad de atención. (Tajer 2011)

· Existen dificultades entre los objetivos que se promulgan en los programas, las acciones que se llevan adelante y las experiencias concretas de vida de las mujeres en situación de embarazo y parto, que genera inequidades en el acceso, calidad de atención. (Tajer 2002, 2003, 2011)

Metodología

El diseño es de tipo exploratorio descriptivo, en la que se utilizara metodología cualitativa en la recolección y análisis de información. Las unidades de análisis serán los/las profesionales especialistas del servicio de Obstetricia de Hospitales Públicos y Centros Privados de Capital Federal.

El instrumento para el relevamiento de la información: entrevistas [i] semi-estructuradas a profesionales del equipo de salud que atienden embarazo y parto (médicos/as especializados/as en obstetricia, enfermeros/as, obstetras) e informantes clave.

Para el análisis de los resultados se continuará con la utilización de las técnicas propias del análisis de discurso (De Souza Minayo, 2009) (Van Dijk, 2000) y de contenido (Bardin, L. 1991).

Asimismo, se incluirá el método de triangulación (Denzin, 1970) que es el término utilizado en los abordajes cualitativos para indicar el uso concomitante de varias técnicas de abordaje y de modalidades de análisis, de varios/as informantes y puntos de vista de observación, para controlar la verificación y la validez de la investigación.

Las variables que se utilizaran: Datos sociodemográficos; Formación profesional (incluyendo años de matriculación); Modalidad de inserción laboral en la institución de referencia; Imaginarios de los/as profesionales sobre los temas de género en la atención de la salud en embarazo y parto; Grado de conocimiento sobre avances (publicaciones, investigaciones, etc.) en la temática referida; Modalidad de consulta de los/as pacientes; Acatamiento del tratamiento; Decisiones diagnósticas; Decisiones terapéuticas.

NOTA

[i] Souza Minayo en el libro "la artesanía de la investigación cualitativa" en el capítulo de Técnicas de investigación, no menciona imaginarios o representaciones, pero ubica a la entrevista como fuente de información entre otras cosas de: "ideas, creencias, formas de pensar, opiniones, sentimientos, maneras de sentir, maneras de actuar, conductas, proyecciones hacia el futuro, razones conscientes o inconscientes de determinadas actitudes y comportamientos".

BIBLIOGRAFIA

Bardin, L. (1991) Análisis de contenido. España, Ediciones Akal.

CEPAL (2007) Los desafíos del Milenio ante la igualdad de género- Extraído el 25 de Abril de 2013 desde http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/28775/P28775.xml&xsl=/publicaciones/ficha.xsl&base=/publicaciones/top_publicaciones.xsl

CEDAW (1981) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres. Extraído el 3 de Abril de 2013 desde http://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo_web.pdf

Denzin, N.K. (1970) "The research act". Chicago, Aldine Publishing co. (Citado por De Souza Minayo, M.C (1997) "El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en Salud". Lugar Edit, Buenos Aires.

De Souza Minayo, M.C. (2009) "La artesanía de la Investigación Cualitativa". Buenos Aires, editorial Lugar.

Fernández, A.M. (2008) Las lógicas colectivas: imaginarios, cuerpos y multiplicidades-2º ed. Buenos Aires, Biblos.

Giacometti, C. (2005) CEPAL - UNIFEM - Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Argentina, extraído el 3 de Febrero de 2013 desde www.eclac.org/publicaciones/xml/5/22525/lcl236e.pdf

Gómez Gómez, E. (2002) "Equidad, género y salud: retos para la acción". Rev. Panam Salud Publica vol.11 no.5-6 Washington, May/June

Menendez (2005) El Modelo Médico y la Salud de los trabajadores. Revista Salud colectiva vol.1, n.1 [citado 2013-06-06], pp. 9-32, extraído el 6 de Marzo de 2013 desde http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s185182652005000100002

Menéndez E. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988, 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. Pág. 451- 464. Extraído el 3 de Marzo de 2013 desde <http://www.chubut.gov.ar/salud/capacitacion/imagenes/eje1,%20enc.1,%20Modelo%20M%E9dico%20Hegem%C3%93nico%20y%20APS,%20E.Menendez.pdf>

Naciones Unidas (1995) Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer. Beijing, China, Extraído el 12 de Marzo de 2012 desde <http://www.cnm.gov.ar/LegInternacional/BeijingPlataformaDeAccion.pdf>

Naciones Unidas (2006) Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. Extraído el 15 de Febrero de 2012 desde: <http://www.un.org/spanish/conferences/accion>

OMS (2013) ¿ Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto? Extraído el 28 de Abril de 2013 desde <http://www.who.int/features/qa/12/es/>

Organización de las Naciones Unidas (1994) Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo. Extraído el 4 de Abril de 2013 desde <http://www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml>

Organización Panamericana de la Salud (2007) La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla. Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género. Extraído el 24 de Abril de 2013 desde http://www.ops.org.bo/textocompleto/neq2_4_602.pdf

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ley 25673 (2009) Extraído el 26 de Marzo de 2013 desde <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley.php>

Standing H (2000) Impactos de género de las reformas en salud. El actual estado de las políticas y la implementación. Documento de trabajo realizado para el VIII Congreso de ALAMES, La Habana, 3-7 de Julio de 2000.

Tajer, D., Fernández, A.M., Cernadas, J., Barrera, M.I., Reid, G., Lo Russo, A., Gaba, M., Idigoras, N., Soler, V. (2002) "Equidad de Género en la calidad de atención en los pacientes cardiovasculares" En X Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. ISSN 0329-5885, 215-222.

Tajer, D., Fernández, A.M., Cernadas, J., Barrera, M.I., Reid, G., Lo Russo, A., Gaba, M., Idigoras, N., Attardo, C. (2003) "Equidad de género en la calidad de atención de pacientes cardiovasculares- 2da parte" En XI Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. ISSN 0329-5885, 271-282.

Tajer, D. (2004) "Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud" en libro "Políticas Públicas, Mujer y Salud" (2004 p.27-39) Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán, Colombia

Tajer, D., Gaba, M., Lo Russo, A., Reid, G., Attardo, C., Cuadra, M.E., Jeifetz, V., Ceneri, E., Roitenburd, F., Melone, L. (2011) Equidad de género en la calidad de atención de niños y niñas Anu. investig. [online]. vol.18 [citado 2013-05-28], pp.375-380. Disponible en: . ISSN 1851-1686.

Tajer, D., Gaba, M., Reid, G. (2011) Impacto de la violencia de género en

la salud de las mujeres. Informe final Proyecto ARG 09/016 “ Acciones de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres”. Consejo Nacional de Mujeres, Presidencia de la Nación.

Tajer, D., Attardo, C., Ceneri, E., Cuadra, M.E., Cunningham, M.V., Fontenla, M., Gaba, M., Jeifetz, V., Lo Russo, A., Reid, G., Straschnoy, M., Zamar, A. (2012) Género y Salud. Las políticas en acción. 1º Ed. Buenos Aires. Lugar Editorial

Van Dijk, T.A. (2000) El Discurso como Interacción Social. Estudios sobre el discurso II. Una introducción multidisciplinaria. Edit. Gedisa, Barcelona.

Whitehead, M. (1990) “Las conceptos y principios de la equidad en la salud”. Serie Traducciones OPS, Washington D.C., 1990.