

La subjetividad del médico y mortalidad materna

The physician's subjectivity and maternal mortality

María Teresa Silvia Tinoco-Zamudio¹

RESUMEN

Introducción. En Michoacán se identificó que el ejercicio del poder del médico(a), sobre la mujer durante su atención obstétrica, reconocida como violencia institucional tiene consecuencias graves: Discapacidad física, mental, social, infertilidad e incluso muerte materna.

Material y métodos. Investigación de tipo mixto, descriptivo, transversal, con una triangulación de métodos cuantitativo y cualitativo; muestreo por conglomerados, en servicios de gineco obstetricia en hospitales de Michoacán. Las variables fueron: femineidad y maternidad; la subjetividad del médico(a) en su concepción de mujer: madre, esposa, amante.

Resultados. Ayudan a mostrar y confirmar que el incremento de las muertes maternas en el Estado de Michoacán en 2011, está directamente relacionado con la representación inconsciente que los médicos(as), tienen de la mujer y la madre, que genera actitudes de menosprecio, omisión, dilación, negligencia reconocida como violencia institucional documentada en estudios previos.

Conclusiones. 1. Es necesario enfrentar a este personal con su historia de vida, la cual los conformó como sujetos capaces de ejercer y hacer uso de su poder, sin ver enfrente de sí a otro ser humano en situación vulnerable. 2. Impulsar proyectos que contribuyan a conocer con mayor amplitud el fenómeno de la violencia institucional en la atención obstétrica, que incluyan la participación de

las mujeres. 3. Rescatar la aplicación del psicoanálisis en la medicina, en especial de la Gineco-obstetricia, donde la relación es uno a uno como en el psicoanálisis y que cada mujer es un caso diferente, lo que debe contribuir a dejar los actos rutinarios y repetitivos en la relación médico paciente.

Palabras clave: Violencia institucional en atención obstétrica; subjetividad del médico; femineidad; psicoanálisis.

ABSTRACT

Introduction. In Michoacán, it was identified that the physician's exercise of power over the woman in her obstetric attention, recognized as institutional violence has fatal consequences: physical, mental and social disabilities, infertility and even maternal death.

Material and methods. Mixed, descriptive and transversal research with a qualitative and quantitative method triangulation, conglomerates sampling in gynecological-obstetric services in Michoacán's hospitals. The variables were: feminine and maternity; the physician's subjectivity in his/her conception of woman: mother, wife, lover.

Results. They help to show and confirm that the increase of maternal deaths in Michoacán during 2011, is directly related with the physician's unconscious of how

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

Folio 239/2013 Artículo recibido: 27-09-2013 Artículo reenviado: 08-10-2013 Artículo aceptado: 20-11-2013

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

he/she conceives women and mothers, which creates contempt, omission, delay, negligence attitudes which are acknowledged as institutional violence in previous studies.

Conclusions. 1. It is necessary to confront this staff with their life's stories which formed them as capable subjects to exercise and use their power without being able to see another human in a vulnerable situation. 2. Encourage projects that contribute to the awareness of the institutional violence phenomena and that it includes

the involvement of women. 3. Rescue the psychoanalysis employment in medicine, especially in the gynecological-obstetric area where there is a one on one relation and every woman is a different subject. This should help to stop the routine and repetitive acts in the physician-patient relationship.

Key words: Institutional violence in obstetric attention; physician's subjectivity, feminine; psychoanalysis.

INTRODUCCIÓN

El Estado de Michoacán, se encontraba en alerta epidemiológica por tener un importante incremento de defunciones maternas durante 2010-2011, que lo colocó en cuarto lugar a nivel nacional con una razón de muerte materna de 67 defunciones por 100,000 nacidos vivos esperados. En el análisis retrospectivo de las defunciones por el Comité Académico Externo para el Análisis de la Mortalidad Materna en el Estado 2011, señala que: El 77% de las defunciones en estos años son por, negligencia, impericia, omisiones y dilaciones de los profesionales de salud, o sea, la deficiente calidad de los servicios de salud, reconocida como violencia institucional. Pero ¿qué hace que este personal atienda, mejor dicho desatenda a las mujeres embarazadas poniendo en más de una ocasión en riesgo su vida?, Como sujetos que brindan un servicio que los lleva a actuar de esta manera, ¿qué enfrentan en cada mujer que atienden?, ¿qué parte de su subjetividad se pone en juego?

Se ha identificado que el ejercicio del poder de las y los médicos sobre la paciente durante su atención obstétrica forma parte de la práctica diaria, con consecuencias graves como: discapacidad física, mental, social, infertilidad e incluso la muerte, con un impacto social altamente costoso para el sujeto, la familia, la comunidad, el Estado y la Nación. Por otro lado, el sistema patriarcal en que vivimos, implica el uso de la fuerza y el poder hacia la mujer, es ésta, la relación de poder y sumisión, que se establece entre el personal médico tratante y la paciente, la cual está supeditada a la condición social de ambos, la representación subjetiva que tenga el personal de salud acerca de la mujer embarazada la va a colocar o no en una condición de vulnerabilidad frente a quien la trata, poniéndose de manifiesto el deseo de estos en cuanto a la relación médico paciente o sea de poder y sumisión. ¿Qué de su subjetividad en cuanto a la femineidad se pone en juego? Entendiendo la femineidad ("femaleness"

en la lengua inglesa) como un sentimiento central de género basado en estímulos biológicos, influenciados por las experiencias emocionales intersubjetivas tempranas y por otros sentimientos conscientes de femineidad. En estos últimos se incluyen, los roles identificadores, las situaciones conflictivas en relación con pertenecer sólo a un género o en relación con el otro género. Es en este contexto es que nos preguntamos: ¿qué fantasías de atribución de valor a la femineidad estarán entretrejidas con el desarrollo narcisista de las y los médicos?.¹ Por lo que este trabajo plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿La subjetividad de las y los médicos en relación a la femineidad desde donde atienden a la mujer embarazada está relacionada con el ejercicio de poder y la violencia institucional que ejercen sobre ella?

Tiene como objetivo general: Analizar si la subjetividad de médicas/os, en relación a la femineidad condiciona el ejercicio del poder y la violencia que ejerce este personal sobre la mujer en la atención obstétrica, ha contribuido al incremento en los casos de muerte materna en el Estado de Michoacán. Sus objetivos específicos fueron 1. Mostrar cómo la subjetividad de médicas/os en relación a la femineidad influye en la atención que otorgan a la mujer embarazada 2. Identificar cómo a través del control que ejerce el personal de medicina sobre la paciente obstétrica se establece un ejercicio del poder que modifica y pone en riesgo la maternidad y la vida de la mujer.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo mixto, descriptivo, transversal con una triangulación de métodos cuantitativo y cualitativo con muestreo por conglomerados en servicios de gineco-obstetricia en hospitales del Estado de Michoacán, mediante encuesta tipo redes semánticas, con

20 reactivos para complementar oraciones y 5 preguntas de opción múltiple; una entrevista semiestructurada a 10 médicas/os especialistas en la materia. Las variables temáticas estudiadas fueron: Femenidad y maternidad; La subjetividad del personal de medicina en su concepción de mujer: Madre, esposa, amante.

La presente investigación del ámbito de la salud pública, se sustenta en un diálogo entre lo cualitativo y lo cuantitativo de la Investigación Científica,² la trascendencia de triangular estos métodos se ha reconocido como relevante sólo hasta hace unos años. Un ejemplo de esto es la medicina basada en la evidencia (MBE), que ha sido un estímulo para reconocer que no siempre se puede contar con un ensayo clínico controlado para determinar la mejor decisión clínica. El mismo fenómeno es posible observar en otros ámbitos y/o perspectivas de la salud como son los sociales, culturales o laborales; como es el caso de la presente investigación.

Es importante resaltar, la dificultad que se presentó al aplicar las herramientas mencionadas a las y los médicos, dado que exploran conceptos a los que no están acostumbrados en la experiencia de investigación médico-clínica, sin embargo, la situación que guarda el Estado en relación a la urgencia epidemiológica de incremento en muerte materna, permitió mayor sensibilización en el personal de salud, para la búsqueda de explicaciones del fenómeno observado.

Desde una aproximación cuantitativa, se obtuvo una muestra representativa del universo o población de trabajadores de los 22 hospitales de la Secretaría de Salud de Michoacán donde se atienden 49, 778 eventos obstétricos al año; El proceso de muestreo comprendió dos etapas: En la primera se efectuó un muestreo de conveniencia por conglomerados se seleccionaron los hospitales con mayor número de muertes maternas durante los años 2010 y 2011; donde se atiende 22, 685 eventos obstétricos al año que representa el 45.57 % del total de eventos obstétricos que atiende la Secretaría de Salud de Michoacán: El Hospital General "Dr. Miguel Silva"; "Hospital de la Mujer en la ciudad de Morelia; El Hospital General de Uruapan "Dr. Pedro Daniel Martínez" y el Hospital Regional de Tacámbaro Michoacán. La segunda etapa consistió en un muestreo por cuotas, eligiéndose en cada hospital sujetos de estudio en proporción con el número total de profesionales de salud; en dichos hospitales se encuentran laborando 69 ginecobstetras en total y se tomó una muestra de 28 hombres y 24 mujeres médicos con un total de 52 personas que representa un 75% del universo de estudio. Este criterio muestral nos permitió generalizar nuestros hallazgos a la totalidad de los médicos que realizan atención obstétrica de la Secretaría de Salud del Estado.

Por otro lado los métodos cualitativos combinan criterios sistemáticos y pragmáticos, tal como se hace con los métodos cuantitativos. En el caso de entrevistas el fenómeno de la saturación, según algunos expertos en métodos cualitativos, se produce en un rango entre 7 y 20 entrevistas; para la presente investigación se realizaron 10 entrevistas. Se obtuvo la muestra de modo independiente a la que se obtuvo para el método cuantitativo.

RESULTADOS

Es necesario aceptar que aclarar conceptos como la subjetividad y femineidad, es particularmente complejo, ya que ambos son tratados desde diferentes disciplinas, las cuales se necesita hacer dialogar con la medicina; en esta área se incluyen una serie de problemas sociales que actualmente enfrentamos y que se han dejado de lado, el más importante es la relación que se establece sujeto- sujeto, médica(o)-paciente.

La subjetividad se puede intentar definir desde la teoría del conocimiento, como la propiedad de las percepciones, argumentos y lenguaje basada en el punto de vista del sujeto y por tanto influida por los intereses y deseos particulares del mismo. Partiendo de esta postura, todos y cada uno de nosotros nos constituimos como sujetos a partir de su contexto social e histórico, el cual es único e irrepetible para cada sujeto desde la interpretación que se hace del mismo, es decir, formar sujetos tiene que estar estrechamente vinculado al momento social en que se les forma. Aquí aparece una de las interrogantes, ¿los planes de estudios se han modificado conforme las situaciones sociales lo han requerido? ¿La formación de los profesionales de la salud va acorde a este momento social que vivimos?

Por otra parte, los procesos de institucionalización, entendidos como el juego de fuerzas permanente entre lo instituido y lo instituyente, son procesos que producen subjetividad, es por eso que requiere retomar algo del psicoanálisis, como se mencionó, la noción de sujeto, implícita en el concepto de subjetividad, ha sido patrimonio de diversas disciplinas como la filosofía, la historia, la sociología, la literatura, la psicología social, etc., y por lo general aparece ligada a la conciencia.³ Por lo tanto es necesario preguntarnos: ¿Los cambios en las formas del trabajo, del amor, de la sexualidad, de las configuraciones familiares, por citar sólo algunos elementos del catálogo del nuevo milenio, inciden en la estructuración psíquica? ¿Estamos en condiciones de dar cuenta de los diversos modos en que dicha incidencia se produce? ¿En qué medida los procesos de producción de subjetividad nos permiten entender los procesos de estructuración psíquica? ¿Cómo los definidos especialistas en salud enfrentan ahora esta problemática?

Estos sujetos que se relacionan entre sí, están marcados por su sexo y desde él se constituyen como tales y se relacionan en ese ser hombre y mujer en el área de la medicina más que en cualquier otra, se maneja a la persona desde la condición del sexo por las patologías o estados de salud asociado a ello. En el presente proyecto es por demás importante tocar esta condición de hombre-mujer, ya que quien muere son las mujeres en condición biológica vulnerable, por las pocas herramientas con las que cuenta la medicina actual en el trato de sujeto a sujeto este último en su condición femenina pero sin conocer su femineidad, ¿por qué la importancia de remarcar esta diferencia?

Primero se debe decir que la condición de femineidad, nos remite sólo aquello que es una cualidad atribuida más lo femenino pero que también afecta a un hombre, como la ternura, la comprensión, etc., y la FEMINEIDAD, es una cualidad propia de ciertos bienes que son exclusivos de la mujer por el sólo hecho de serlo desde la condición biológica, y que las constituye como sujeto, la determina en su actuar social es decir el como la asunción desde el lenguaje de cada una de ellas constituye la subjetividad como sujeto sexuado, para J. Lacan, la masculinidad y la femineidad no son esencias biológicas,

si no posiciones simbólicas, sin embargo la diferencia anatómica de los sexos determina la diferencia psíquica de los mismos y tiene consecuencias en lo social y en lo político,⁵ como esta de manifiesto en las actitudes de menosprecio y abandono en la atención obstétrica reconocida como violencia institucional asociada a la problemática de la muerte materna.

Por otro lado el tema de Género que desafortunadamente se sigue manejando como diferencias desde el sexo y no a partir de la construcción de hombre y mujer, es un tema que aún no se inserta en la currícula de los estudiantes de medicina. La formación y subjetividad de los profesionales de la salud está marcada por el contacto con sus maestros y sus posturas, así como con la teoría y su entorno, si dentro de todo esto no hay elementos que los hagan cuestionarse la diferencia de sexo y género, pero aún más, si dentro de su subjetividad no está el concepto de género y las implicaciones que esto tiene, por que ni ellos mismos se han percatado de cómo ejercen su rol desde su género, ¿cómo lo hacen cuándo se atiende a una mujer? No lo hacen desde su femineidad, sólo desde lo femenino, es decir lo sexuado y su capacidad reproductiva.⁶ (Figura 1)



Figura 1. La formación y subjetividad de los profesionales de la salud.

Se hace además una revisión bibliográfica del tema del maltrato que sufren las mujeres en las salas de atención de parto, en los hospitales, que permita explicar y mostrar como la subjetividad del médico en relación a su femineidad y la subjetividad en relación a género con que atienden a las mujeres pueden ser los detonantes de dicho maltrato y de la violencia institucional que ejercen y que llegan a tener consecuencias graves un ejemplo de ello es en la sala de labor, las mujeres reciben una serie de mensajes que las instruyen en la conveniencia de someterse a las órdenes y dominación de los profesionales de la salud, con miras a reprimir cualquier insubordinación de la mujer además, es menester eximir de toda la responsabilidad a las y los médicos y culpar a las propias mujeres, por problemas y dificultades que pueden presentarse en el parto, con frases como ejemplo: "si no pujas, tu hijo puede nacer tonto". De igual manera se llega a cuestionar el derecho de las mujeres al placer sexual con frases como: "De que te quejas, si cuando lo estabas haciendo lo disfrutaste". "Como no te quejabas cuando lo estabas haciendo".⁷

Como se puede leer en las encuestas y entrevistas, la imagen que estos profesionales de la salud tienen de la mujer, es que es madre, hecha para el cuidado de, al servicio de, que atiende y se ocupa no sólo de los hijos que procrea. El 86% las concibe a partir de ser madre (Cuadro 1), en su actuar prevalece que la mujer debe estar dispuesta al sufrimiento y que su mejor recompensa es darle vida a otro ser; no se les permite manifestaciones de dolor ni sufrimiento; ni derrumbarse en el momento en que están dando a luz, como lo dicen coloquialmente, ya que su función es complacer, comprender y portarse bien para poder ser buenas, perfectas y de hecho aspirar a la santidad como la madre abnegada (Cuadro 2), cuya única razón de ser es la atención a los hijos, haciendo lo correcto.

Cuadro 1. ¿Qué es lo mejor que hace una mujer?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SER MADRE	Masculino 23	44.2 %
	Femenino 17	32.7 %
SER ESPOSA	Masculino 3	5.8 %
	Femenino 2	3.8 %
SER AMANTE	Masculino 1	1.9 %
	Femenino 4	7.7 %
NO CONTESTÓ	2	3.8 %
TOTAL	52	100 %

Cuadro 2. Forma en la que califican a la madres.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LA MEJOR	19	36.5%
BUENA PERFECTA SANTA ESPECIAL HERMOSA ABNEGADA	33	63.5%
TOTAL	52	100%

Hacer lo correcto implica dar, dar y dar sin nunca expresar lo que ellas sienten. Bajo estas premisas la mujer está representada como un objeto, no sensible, cuando menos al dolor; si se atreve a manifestarlo estará dando indicios de ser una mala madre, por tanto una mala mujer. Se puede identificar que éste es el signicante que prevalece en los y las profesionales que otorgan atención obstétrica. Es por eso que dicho personal se siente atribuido desde lo social con el poder para exigirle se comporte con las características ya descritas, ya que el médico posee el conocimiento tanto científico como social de cómo debe comportarse una mujer que pretende ser madre. Ejercen de manera natural la violencia contra estas mujeres que se evidencia cuando se les exige ser hermosas, maravillosas, que se arreglen, que se pinten y se muestren. Si alguna de ellas no lo hace, se le empieza a etiquetar de mala mujer, por tanto mala madre, siendo más evidente cuando las mujeres son adolescentes porque a decir de ellos "no saben ni qué onda", no obedecen, lo cual los confronta su concepción de mujer obediente y abnegada; sobre todo porque este grupo etéreo no posee ni conocimientos ni experiencia para enfrentar el ser madres (Cuadro 3).

Cuadro 3. Lo que significa ser madre.

LO QUE SIGNIFICA SER MADRE
<ul style="list-style-type: none"> • El objetivo es estar sano físicamente, estar equilibrados, obviamente para que sea madre perfecta. • Ser responsable. • Necesita dar buenas costumbres, buen ejemplo, una buena educación a los hijos. • Se requiere preparación por ejemplo las jovencitas son madres a una edad muy temprana y ni psicológicamente están maduras para ser madres, las mujeres añosas y multiparas tampoco entienden.

Tanto el personal femenino como masculino se rige bajo este constructo inconsciente. De hecho se identifica que las mujeres que practican la medicina exigen más en el hecho de complacer, compartir, comprender y portarse bien. Investidas con el hecho de ser mujer y de los conocimientos que poseen, en ocasiones se comportan de manera más agresiva que los hombres, ya que estas mujeres madres y profesionistas se consideran la piedra angular de la sociedad. Es la mujer, la cual desde la concepción de estas profesionales debe ser sinónimo de grandeza, de éxito, de estabilidad, ya que es el núcleo central de la familia y de la sociedad; por lo que no puede mostrar debilidad, ya que siempre debe estar al servicio.

Para los profesionales que atienden a las mujeres embarazadas estas son un ser humano que no importa lo que sufra, lo que piense o lo que sienta, pues su objetivo final es ser madre. Para poder ser mujer; de hecho se les prohíbe el placer, ya que ellas están para darlo, no para sentir. Lo que se reafirma como ya se había expuesto, cuando cuestionan el hecho de disfrutar el procrear al hijo con la ya trillada frase "Por qué cuando lo estabas haciendo no te quejabas".

Analizado todo esto desde la postura teórica de Freud, no podemos más que confirmar que en el proceso de conformación como sujetos, donde la mujer es el gran objeto de amor, la cual provee los primeros placeres, es concebido en el inconsciente como madre significativa que se lleva a lo largo de la historia personal, cuando menos en estos profesionales de salud, en donde la concepción de atención que brindan los fija en la madre aquella que da, provee y no se queja, pues siempre está al servicio de los demás. Esta mujer que se atiende de manera rutinaria, repetitiva, muestra la imagen inconsciente de un cuerpo que está hecho para procrear. Que la única manera en la que pueden relacionarse con ese primer objeto de amor es a través de infringir el dolor, que una vez ellas provocaron en su primera infancia esos rasgos sádicos orales que muestran cuando les hablan, al ignorar las manifestaciones de ese cuerpo, en ver solo un objeto; concebido este, no como un objeto de amor, sino como un objeto que no merece ni atención ni cuidados, posiblemente porque esa madre para ellos nunca fue un objeto de amor, situación que repercute en una deficiente atención obstétrica al no ser interrogadas, exploradas ni atendidas integralmente como sujetos de atención, ocasionando en algunos casos negligencia médica por dilación, omisión o abandono de la paciente, que concluye en la muerte materna.

Se considera importante ampliar que esta atención implica indagar en la historia clínica de la mujer con un enfoque de riesgo, explorar el cuerpo buscando síntomas y signos que lo lleven al diagnóstico clínico; lo que

implicaría necesariamente establecer una relación médico-paciente efectiva, en otros términos, relación hombre-mujer, para lo cual se encuentran impedidos posiblemente como ya se comentó, por su concepción de mujer reducida a procreadora. Por lo que su atención se limita a recibir o sacar del canal de parto al producto, como si en este acto pudieran salir ellos mismos de la situación de vida que les representa. Tal parece que al jalar a esa nueva criatura se pudieran en el imaginario salir o jalarse ellos mismos de la presión que les representa una mujer. Caso similar les sucede a las féminas que brindan atención obstétrica, ya que su investidura profesional les permite asumirse en una posición de poder que en ese momento las hace diferentes a su género.

Desafortunadamente la pregunta de investigación se confirma: ¿La subjetividad de las y los médicos en relación a la femineidad desde donde atienden a la mujer embarazada está relacionada con el ejercicio de poder y la violencia institucional que ejercen sobre ella?

La hipótesis metodológica planteada en el presente estudio, muestra que a lo que se enfrentan las mujeres cuando reciben atención obstétrica es el rechazo de su femineidad en forma integral, situación que algunos profesionales tratan de rescatar cuando promueven a las mujeres embarazadas sean femeninas que se arreglen, se pinten, porque quieren verlas hermosas; podemos suponer que cuando no se presentan con estos requerimientos, les produce asco u horror; por la falta de hábitos higiénicos y cosméticos (mujeres indígenas, pobres). Ante las cuales su posición de saber, les da el poder necesario para tener actitudes misóginas, violentas, que en algunas ocasiones provoca negligencia en el quehacer profesional, que llegan incluso a finalizar en una muerte materna que, como es bien sabido se presentan principalmente en las mujeres más vulnerables económicamente de la sociedad mexicana. (Figura 2)

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio permiten observar, como el Modelo de Desarrollo capitalista neoliberal de México, impacta en sus Políticas Públicas de Salud, tanto en la formación de médicos (as) con menor humanismo, como en una mercantilización del quehacer de la medicina, que limitan tanto el cumplimiento de los compromisos internacionales en favor de las mujeres, como en la atención obstétrica de calidad. Este estudio pudo mostrar la presencia de violencia institucional en la atención obstétrica, misma que con grandes dificultades, empieza a ser reconocida, por lo que se requiere promover el estudio científico del fenómeno abordado dado que existen pocos estudios a nivel mundial al respecto.



Figura 2. La subjetividad de las y los médicos en relación con la femineidad matiza la interacción con la mujer embarazada durante la atención obstétrica.

Los funcionarios de los servicios de salud, así como especialistas con experiencia en la materia, identifican plenamente el problema de violencia institucional y la condición de la omnipotencia del médico, donde subordinan a la mujer solo como objeto reproductor, señalan la necesidad de dar un abordaje multidisciplinario directamente al personal que brinda atención obstétrica y en las escuelas que forman capital humano; que las y los médicos comprendan el fenómeno y las causas que lo

generan, acción que permitiría reducir la violencia obstétrica asociada frecuentemente a la mortalidad materna.

La multidisciplinariedad con que se abordó el presente estudio, permite aportar un enfoque novedoso del fenómeno de la violencia institucional en la atención obstétrica, a partir de la visión de los profesionales de la salud mental como la psicología y el psicoanálisis, quienes proponen analizar el problema desde la formación de la subjetividad en la femineidad y de género, dada

desde lo individual, formada en la primera infancia por experiencias que dan forma a su estructuración psíquica, para posteriormente integrarse a la dimensión grupal, institucional y comunitaria de la subjetividad y que a partir de ésta, se otorga la atención a la mujer en donde algunas ocasiones se ejerce retaliación contra ella por frustraciones inconscientes e imaginarias con la madre de los prestadores de servicio de salud (Figura 2).

Sin embargo el presente estudio tiene limitaciones dado que sólo exploró la perspectiva de informantes claves y profesionales de salud especialistas en la materia con algunas disciplinas contribuyentes, tienen la limitación de no haber incluido la participación de las mujeres que sufren la violencia institucional, que de una perspectiva integral del problema.

Conclusiones y recomendaciones

- Los expertos entrevistados reconocen la presencia de violencia institucional en la atención obstétrica.
- El proyecto aporta el enfoque de la subjetividad en relación a la femineidad, como una posible explicación de la conducta negativa del médico (a) que lo lleva a ejercer violencia en la atención obstétrica.
- Ante el modelo capitalista neoliberal que domina la prestación de los servicios de salud, resulta conveniente que los países de la región aprovecharan las políticas internacionales de salud a favor de la mujer y los consensos internos que favorezcan la formación de capital humano con competencias para la atención de la mujer embarazada en su femineidad, que contribuya a mejorar la salud materna y conlleve al respeto a sus derechos humanos, sexuales y reproductivos y por ende a reducir la mortalidad materna.
- Promover la realización de talleres en instituciones de salud que sensibilicen al personal sobre el problema y estrategias de solución de la violencia institucional asociada a la atención obstétrica.
- Impulsar proyectos que contribuyan a conocer con mayor amplitud el fenómeno de la violencia institucional en la atención obstétrica que incluyan la participación de las mujeres así como proyectos de intervención específica para reducir o eliminar el problema.

REFERENCIAS

1. Abelin-Sas R. Teorías implícitas de los analistas sobre la femineidad. Congreso IPA. Chicago Illinois, USA; 2009.
2. Vera A. Diálogo entre lo cuantitativo y lo cualitativo en la investigación científica. El desafío de la Triangulación. Cienc Trab 2005; 7(15): 38-40.
3. Benhaim D. Piera Aulagnier et le concept de violence primaire. [acceso 2012-05-24] Disponible en: <http://pages.infnit.net/ferenczi/Piera.html>.
4. Shroeder D. Subjetividad y psicoanálisis. RUP. 2006; 103: 40-58.
5. Lacan J. Posición del inconsciente. En: Escritos 2. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 1985. 789 p.
6. Caruncho_Michinel C, Mayorbe-Rodríguez P. Psicoanálisis hermenéutica y género. En: Agis-Villaverde M. Horizontes de hermenéutica. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 1988. p. 496-514.
7. Villanueva-Egan LA. El maltrato en la sala de partos. reflexiones de un gineco-obstetra. REVCONAMED. 2010; 15(3):148-151.