ARTÍCULO

Salus

Rev.Salus.UC. 23(1):23-30.2019

Percepción de las usuarias sobre la atención médica en el momento del parto en un hospital del estado Carabobo: una perspectiva fenomenológica hermenéutica.

Perception of users on medical attention at the time of delivery in a Carabobo state hospital: a hermeneutic phenomenological perspective.

Jean Herrera[1], Keidy Buyes[1], Amalirey Morales[1], Marianela Rivas[1], Luis A. Díaz[2]

RESUMEN

La atención a las embarazadas durante el parto genera vivencias profundas y únicas. Diariamente acuden a centros hospitalarios para recibir la mejor atención, bienestar emocional, información y procedimientos adecuados; preparándose así para el nacimiento de sus bebés. El propósito general fue comprender las vivencias de atención médica que al momento del parto tienen las mujeres en un hospital del estado Carabobo. La orientación epistémica y metodológica se visualizó dentro del paradigma interpretativo, el método fue el fenomenológico hermenéutico. Los sujetos de estudio fueron 8 mujeres. Para efectos de triangulación fueron 2 médicos y 2 estudiantes cursantes de clínica de Gineco-obstetricia entrevistados a profundidad. Los criterios de rigor científico fueron credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad. Emerge una estructura conformada por 6 categorías universales: atención médica eficiente, atención médica indebida, aporte de información médica procedimental deficiente, irregularidad en la obtención del consentimiento informado, recursos médico-quirúrgicos deficientes y, finalmente, experiencia traumática al momento del parto. La comprensión del fenómeno muestra que la percepción de las entrevistadas fue muy significativa, recibieron atención médica, trato respetuoso y apoyo psicológico y emocional, resultando una buena relación médico-paciente. Por el contrario, pero en menor rango, algunas expresaron haber recibido atención médica indebida, sintiéndose mal atendidas incomprendidas e ignoradas, no les explicaron los procedimientos que les estaban realizando y cuando lo hacían era porque preguntaban. También emergen irregularidades en la obtención del consentimiento, deficiencias de recursos médico-quirúrgicos. Finalmente, el parto también significó una experiencia traumática debido a la percepción que quedó de dificultad y miedo, e incluso de no querer volver a repetirlo.

Palabras clave: percepción, usuaria, atención médica, parto, hospital, fenomenología hermenéutica.

[1]Departamento Clínico Integral de la Costa, Escuela de Medicina Sede Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo.

[2]Departamento de Salud Pública, Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo.

Autor de Correspondencia: Jean Herrera.

E-mail: Jeanc10.92@gmail.com

Recibido: 23-10-18 **Aprobado:** 24-02-19

ABSTRACT

Attention to pregnant women during childbirth generates profound and unique experiences. Every day they go to hospitals to receive the best care attention, emotional well-being, information and adequate procedures; Preparing for the birth of their babies. The general purpose was to understand the experiences of medical care that at the time of delivery have the women in a hospital in the state of Carabobo. The epistemic and methodological orientation was displayed within the interpretative paradigm, the phenomenological hermeneutic was the method. The study subjects were 8 women. For triangulation purposes, 2 physicians and 2 students enrolled in the Obstetrics and Gynecology clinic were interviewed in depth. The criteria of scientific rigor were credibility, transferability, consistency and confirmability. It emerges a structure formed by 6 universal categories emerges: efficient medical attention, undue medical attention, lack of procedural medical information, irregularity in obtaining informed consent, inadequate medical/ surgical resources and, finally, traumatic experiences at the time of delivery. The understanding of the phenomenon shows that the interviewees' perception was very significant; they received medical care, respectful treatment and psychological and emotional support, resulting in a good doctor-patient relationship. On the contrary, but to a lesser extent, some expressed that they had received undue medical care, feeling poorly attended, misunderstood and ignored, did not explain the procedures they were doing, and when they did, it was because they asked. There are also irregularities in obtaining consent, deficiencies in medical-surgical resources. Finally, childbirth also meant a traumatic experience due to the perception of difficulty and fear, and even of not wanting to repeat it.

Key words: perception, patient, medical care, childbirth, hospital, hermeneutic phenomenology.

INTRODUCCIÓN

Contextualización del fenómeno en estudio. Los derechos humanos son garantías esenciales para que podamos vivir como seres humanos. Sin ellos no podemos cultivar ni ejercer plenamente nuestras cualidades, nuestra inteligencia, talento y espiritualidad (1). Éstos surgieron como garantía del desarrollo humano para evitar algún tipo de amenaza a la vida humana, reforzándose con la constitución y demás leyes. Asimismo, son derechos universales, inherentes, irrenunciables e independientes.

Por su parte, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en su artículo 21, del desarrollo de los derechos humanos y garantías, y de los deberes, expresa en común a los ciudadanos, el beneficio, protección e igualdad de género como las bases necesarias para nuestro vivir (2), emergiendo así como uno de los derechos inminentes de la ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida

libre de violencia, la ley orgánica de salud, y el código de ética médica en sus artículos 51, 69 y 72, donde señalan que el médico está en el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes las indicaciones y los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, así como las alternativas al mismo solicitando el consentimiento informado anticipadamente (3), detallando, por documento escrito a la paciente y su familia acerca del procedimiento que se le realizará.

Un incumplimiento de esto ocasiona lo que se conoce hoy en día como violencia contra la mujer y, a su vez, constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales e impide total o parcialmente a la mujer gozar de dichos derechos (4). La mujer no escapa de este hecho. Particularmente, la violencia contra la mujer pudiese estar pensada en el consciente colectivo como el uso deliberado de la fuerza física y poder, pero cuando de violencia se trata, definirlo se hace más amplio y complejo de lo que muchos llegaríamos a pensar. Por ello, para decir que una persona está siendo violentada tendría que haber un hecho que repercuta en el estado de bienestar físico, psicológico, social y espiritual de quien la padece, y no como solo golpes o insultos. Sin embargo, de acuerdo al tipo de víctima y al escenario que involucra el binomio madre e hijo, se determina un tipo denominado violencia obstétrica.

Se han realizado investigaciones en torno a esta problemática que afecta de una manera muy significativa a las mujeres embarazadas en la sociedad. Por ejemplo, una investigación revisada tuvo como objetivo evaluar la percepción de las usuarias sobre la atención recibida en relación con prácticas consideradas como violencia obstétrica. Los hallazgos demostraron que existe una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica dada por la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y trato deshumanizante por parte del personal de salud (5). Este tipo de situaciones podrían ser analizadas como un problema de salud pública de considerable impacto en la salud de la mujer y el bebé y su alta prevalencia.

Venezuela fue el primer país del mundo en reconocer la violencia obstétrica y otorgarle estatus legal (6). En el año 2007, a través de la ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, el estamento legal entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que conlleva a un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (7). Dentro de este marco de leyes que plasman artículos relacionados con el tema de violencia, el personal de salud tiene un papel importante, siendo parte de la ética del médico defender, cumplir y garantizar dichos derechos y, a su vez, convirtiéndose en un reto ante dilemas éticos entre los médicos y sus procedimientos.

En la misma vía indagativa, otra investigación planteó como objetivo sistematizar las cuestiones asociadas con este fenómeno y ofrecer un análisis del mismo dentro del marco de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos. Se concluyó que se debe garantizar el derecho de las mujeres a contar con toda la información relacionada con su tratamiento, así como el derecho a recibir por parte del personal de salud el mejor trato posible teniendo en cuenta las limitaciones de los servicios de salud sexual y reproductiva (8). Gracias a que los derechos humanos posibilitan y garantizan vivir libremente como seres humanos y de gozar de nuestras libertades, derechos y oportunidades en todo su esplendor, es importante destacar que dichos derechos no quedan solo como una ley simplemente, sino que están obligados por la misma para cumplirse a cabalidad.

Son variados los testimonios de mujeres e investigaciones que avalan y manifiestan, desde el punto de vista negativo, cómo es la atención en las salas de parto de los centros de salud; las gestantes son objeto de vejaciones, humillaciones y daños a su integridad, tanto física como emocional del personal de salud que labora dentro de las instituciones, enajenándolas de la toma de decisiones sobre su propio cuerpo sin su consentimiento (9), además de desinformación respecto al procedimiento a realizar y medicamento a colocar (10). Es evidente la realidad que viven miles de mujeres en hospitales públicos en relación a la prevalencia de abusos reportados. (11)

Tan importante es el papel de la mujer que, de todas sus recomendaciones respecto a este fenómeno, la OMS cita en primer lugar el orden ético, legal y sociológico, y es que la mujer ha de ser protagonista del parto y participar en la toma de todas las decisiones que le afecten. Este organismo añade que toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo la participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los componentes sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal apropiada. El respeto a la autonomía y protagonismo de la mujer es por tanto un indicador básico a la hora de juzgar la calidad de la atención. (12)

En un contexto más local relacionado a esta problemática, y como estudiantes de medicina cursantes de clínicas en el hospital locación de esta investigación, observamos intervenciones innecesarias y contraproducentes como lo son los múltiples tactos vaginales a las mujeres embarazadas ejercidos a veces por diferentes personas, la falta de aporte de información sobre procedimientos, el aislamiento al no permitirles estar acompañadas en el proceso por el padre o familiares. Asimismo, hubo embarazadas que refirieron malos tratos al ser ignoradas, y algunas veces falta de atención del personal de salud tal como el ser separadas de sus bebés afectando el apego afectivo madre e hijo y el inicio de la lactancia materna.

Una última, pero no menos importante observación, es que quizás existe un grado de desconocimiento de las usuarias sobre sus derechos obstétricos. Esto pudiera ser debido a su nivel de instrucción y socioeconómico, además que muchas de ellas no muestran interés por la lectura, siendo la mayoría jóvenes las que con mayor frecuencia acuden a las salas de parto del referido hospital.

A partir de todo lo expuesto anteriormente la investigación respondió a la interrogante: ¿Qué sentido tiene para las mujeres la atención por parte del personal médico al momento del parto en un hospital del estado Carabobo, durante el periodo octubre – diciembre de 2016? Para darle respuesta planteamos como propósito general comprender las vivencias de atención médica que al momento del parto tenían estas mujeres. Para alcanzar este propósito se describió los eventos significativos referidos por la mujer en cuanto a la atención recibida por parte del médico en el parto, se estructuró lo esencial del momento del parto en cuanto a la atención médica dada por el personal prenombrado y recibida por las mujeres, sé interpretó la estructura emergente y, finalmente, se comprendió el sentido dado al mundo vivencial de estas mujeres al momento del parto en relación a la atención médica recibida.

En nuestra experiencia individual y como grupo participante de los módulos clínicos en nuestra carrera de medicina, al observar la reacción de la embarazada parturienta, consideramos necesario llevar a cabo esta investigación para profundizar acerca de esta problemática, dándole el derecho de palabra a las mujeres embarazadas parturientas que están siendo atendidas en el hospital locación del estudio, para que puedan decir todo lo que sienten o sintieron durante su estadía en el hospital y comprender su mundo vivencial. A los mismos profesionales que se desenvuelven en la clínica de Gineco-obstetricia les aporta información respecto a cómo ellos están ejerciendo su labor.

Paradigma y metódica. El paradigma que orientó la presente investigación fue el interpretativo, en el cual existe una participación democrática y comunicativa entre el investigador y los sujetos investigados (13). El método escogido, en concordancia con el diseño, fue el fenomenológico hermenéutico. Éste se enfoca en las experiencias individuales subjetivas de los participantes donde se pretende reconocer las percepciones de las personas y el significado de un fenómeno o experiencia (14). El nivel que alcanzamos en la investigación fue el comprensivo.

Final del formulario. Los sujetos de estudio fueron escogidos deliberadamente y correspondió a las mujeres que vivenciaron su parto en el Hospital del estado Carabobo locación de la investigación y el personal medico que las atendió durante el periodo octubre - diciembre de 2016. Quedaron finalmente la cantidad de 8 mujeres. Todos los anteriores fueron necesarios para alcanzar la saturación de información respectiva que generó las categorías definitorias finales. Asimismo, para efectos de triangulación se tomó en cuenta a 2 médicos y 2 bachilleres cursantes de clínica de Gineco-obstetricia durante el mismo periodo y participando voluntariamente.

Los criterios de inclusión que se emplearon fueron mujeres desde los 18 años en adelante que ejecutaron un trabajo de parto en la sala obstétrica del hospital referido, puérperas egresadas al servicio de maternidad, primíparas y multíparas, personal médico que laborase en el área de sala de parto y estudiantes de la clínica de Gineco-obstetricia. Los criterios de exclusión estuvieron conformados por embarazadas y puérperas que se encontraban propiamente en sala de parto, nulíparas, menores de 18 años de edad, personal médico de otros servicios y estudiantes de otras clínicas.

A su vez se solicitó el permiso institucional a la dirección del Hospital y a la coordinadora del área de Gineco-obstetricia. Así mismo, se obtuvo el consentimiento informado de cada uno de los participantes. El modo de recogida de información fue la entrevista a profundidad y la observación no participante.

Los criterios de rigor científico logrados fueron los de credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad. El criterio de credibilidad se logró a través de una descripción protocolar desde las entrevistas, continua y persistente, la triangulación de información proveniente de los sujetos de estudio y los relacionados a ellos, la revisión documental referencial y la comprobación con los participantes. La confirmabilidad se logró a través de la recogida de registros lo más concretos posibles, transcripciones textuales, códigos representativos de las citas directas de fuentes documentales, triangulación, revisión de los hallazgos con otros investigadores y recogida de información con el grabador. La grabación de lo dicho por los sujetos y su transcripción fueron fidedignas y con el uso de seudónimos como resguardo a la integridad de los participantes. La consistencia se logró a través de la triangulación con un observador externo y el establecimiento de la revisión del diario de campo. Por último, la transferibilidad se consiguió a través de un muestreo teórico, una descripción exhaustiva y la recogida de abundante información.

Para el procedimiento de recogida y procesamiento de la información, inicialmente solicitamos las permisologías respectivas, principalmente a la dirección del hospital para iniciar el estudio y a la coordinación del área de Gineco-obstetricia, iniciando con el trabajo de campo a través de las entrevistas a profundidad. Se realizaron las grabaciones y observaciones previo consentimiento informado, las cuales luego fueron revisadas organizadas y protocolizadas obteniendo así la descripción del fenómeno.

Seguidamente, procedimos a categorizar con el apoyo de los contenidos significativos (frases significativas o citas). Posteriormente, tales contenidos fueron contrastados y de esta forma emergieron las semejanzas y diferencias del

fenómeno que estudiamos, es decir, la estructura. Éstas se agruparon en esquemas de acuerdo a cada categoría universal emergente. Luego de terminar la estructuración del fenómeno, procedimos a la interpretación de la estructura esencial emergente del momento del parto en cuanto a la atención médica dada y recibida por las mujeres y, finalmente, procedimos a construir la comprensión buscada como propósito de la investigación.

Estructuración emergente del fenómeno. A continuación, se presenta la estructura global del fenómeno representado primordialmente por las 6 categorías universales emergentes que se fundamentan en 40 contenidos significativos individuales, integrados como un todo a modo de esquemas como sigue:

Tabla 1. Estructura categorial emergente: Atención Médica Eficiente.

Contenidos significativos	Categoría universal
…me hicieron un eco. (P1:070)	Atención médica eficiente
…me atendieron y me trataron bien. Estaban los doctores ahí conmigo, apoyándome. (P2:044)	
No me criticaron ni me mandaron a callar. (P3:107)	
…me atendieron muy bien. (P4:017)	
Bueno, me informaron de lo que me iban hacer. (P5:020)	
Me hicieron el tacto. (P6:011)	
Fue muy buena. Me atendieron, me hicieron pasar.(P7:009)	
…Me daba palabras de aliento. (P8:057)	

Como se observa en la tabla 1, como primera categoría general emerge que existen diversas acciones que se perciben como una atención médica eficiente al momento de recibir la atención por parte del personal médico (O:28-11-16) y con la finalidad de ingresarlas (P2:016). Éstas observan que primeramente son atendidas por orden de llegada (O:10-10-16). Entre las actividades durante la consulta, las pacientes se interrogan, se calcula la edad gestacional que tienen (M1:006) y se examinan desde el punto de vista céfalo-caudal por órganos y sistemas (M2:005). Así mismo, como parte del examen físico se lleva a cabo la realización del tacto (P1:008, P5:013, P6:011, P7:009, P8:013), eco (P1:070), medición de signos vitales como la tensión (P5:020, M2:005), para finalmente hacer el o los diagnósticos e ingresar aquellas embarazadas con una gestación a término, con dolor, que tenga una dinámica regular y esté en trabajo de parto con 5 cm o más (M1:048, M2:011). Además, se les informa todo procedimiento a realizar (P6:018, M2:077, E1:022, E2:022) y se les brinda compañía por parte del personal (P5:029), así como la explicación de cómo debe ser el pujo (M2: 081).

Por todo lo anterior se da una buena relación médico-paciente, debido a que se sienten apoyadas (P2:044, P3:089, P4:043, E1:026, E2:016) psicológica y emocionalmente (E2:016), brindándoseles la ayuda (P2:012) durante el parto. Las pacientes perciben palabras de aliento (P8:057) y respeto por su privacidad (P6:031, E2:028), en tanto manifiestan que les tapan sus partes íntimas y no dejan pasar personas ajenas al ambiente donde ellas están (M1:089). A todas se les cumple tratamiento de acuerdo al protocolo y antibióticoterapia cuando es necesario (P7:033), generando así una buena referencia donde las pacientes finalmente sienten que las atendieron bien (P1:125, P2:016, P2:044, P3:051, P4:017, P4:066, P6:007, P7:009, P8:062) e inmediatamente (P4:009, P5:017) a su llegada a dichas instalaciones del hospital. Finalmente, las pacientes también perciben respeto (P1:034), no recibiendo críticas ni mandándolas a callar (P3:107), por su actitud en el momento del parto.

Tabla 2. Estructura categorial emergente: Atención Médica Indebida

Contenidos significativos	Categoría universal
…Me trataron mal. (P1:006)	Atención medica indebida
…Si, “ignorada” (P1:029)	
…realmente, se portó mal conmigo fue el doctor (P1:036)	
…Yo lo tuve que llamar, pero igual no me hacía caso.(P1:045)	
…Me sentí incomprendida en todos los ámbitos. (P3:036)	
…para mi parecer, no me quería ingresar. (P3:043)	
…Sentí que hubo una mala atención. (P3:045)	
… me sentí totalmente ignorada. (P3:082)	
…Tuve como 5 horas en esa sala de espera. (P3:083)	
…me mandaron para la casa... (P7:009)	
…tuve que acostarme en unos banquitos. (P7:025)	

La segunda categoría emergente, representada por la tabla 2, arroja que, por el contrario, a la primera categoría, unas pocas tienen una atención médica indebida. Éstas refirieron ser mal atendidas (P1:006, P1:036, P3:036, P3:045) incomprendidas (P3:036, P7:059) e ignoradas (P1:029, P1:045, P3:036, P3:043, P3:072, P3:082, P3:083, P7:025, E1:040, E2:008). También refieren que, aun habiendo iniciado el trabajo de parto, fueron referidas a otros centros de salud (P1:009), a sus casas (P7:009, E1:045) o terminaron dando a luz fuera de sala de parto (P7:025, P7:059). Finalmente, una paciente arguye que hoy día si se está pagando se les trata bien (P1:077).

Tabla 3. Estructura categorial emergente Aporte de Información Médica Procedimental Deficiente

Contenidos significativos	Categorías universales
…No me explicaron solo firme y ya! Como estaba con muchas contracciones lo que me hacían era colocar medicamentos y firme rapidito (P1:064)	Aporte de información médica procedimental deficiente
...si me explicaban, porque yo le preguntaba (P2:035)	
…Pensé que me iban a realizar todas las explicaciones de todos los procedimientos que me iban a realizar (P3:016)	
…No me explicaban (P4:033)	
…No! Lo que me colocaban, eso era y listo (P4:039)	
…Yo le pregunte! y él me dice todavía te faltan horas, puedes irte a tu casa (P7:017)	

Como observamos en la tabla 3, el aporte de información médica procedimental por parte del médico hacia la paciente es deficiente. Refirieron que no les explicaron los procedimientos que les estaban realizando (P1:064; P3:016, P4:033, P4:039, M2:024). Otras refirieron que les explicaban porque preguntaban (P2:035, P7:017, M1:018).

Tabla 4. Estructura categorial emergente: Irregularidad en la Obtención del Consentimiento Informado

Contenidos significativos	Categoría universal
No. ¡Y no firmé nada! (P2:030)	Irregularidad en la obtención del consentimiento informado
No me dieron nada para firmar. (P3:113)	
No me hicieron firmar nada. (P5:020)	
No, no me hicieron firmar nada. (P7:039)	
No firme nada. (P8:036)	

En la tabla 4 se evidencia la emergencia de la categoría universal que refleja la irregularidad de no obtención por parte del médico del consentimiento informado de la paciente, ya que en su mayoría refirieron no firmarlo (P2:030; P3:113; P4: 031: P5:020; P7:039; P8:036).

En esta quinta categoría universal emergente (Tabla 5), las pacientes refieren deficiencia de recursos médico-quirúrgicos (O:21-10-16, 15-11-16). Por ejemplo, destacan que algunas veces no hay quirófano (M2:018, M2:093). También se observa falta de anestesia (M2:093), bombillos (O:17-10-16), soluciones (O:5-12-16), lámparas (P1:014, P1:025, O:19-10-16) y máquina de anestesia dañada (O:16-11-16). Así mismo, no se cuenta con suficientes camas (E2: 048, O:14-10-16).

Tabla 5. Estructura categorial emergente: Recursos Médico-quirúrgicos Deficientes

Contenidos significativos	Categoría universal
…aquí no hay las lámparas. (P1:025)	Recursos médico-quirúrgicos deficientes
…por falta de quirófano, anestesia, en fin. (M2: 093)	
…por no contar con suficientes camas en el recinto. (E2: 048)	

Tabla 6. Estructura categorial emergente: Experiencia Traumática al Momento del Parto

Contenidos significativos	Categoría universal
Yo sentía que no podía porque sentía la cabeza de la beba ahí. (P1:009)	Experiencia traumática al momento del parto
¡No quisiera volver a pasar por eso! (P1:117)	
Me costó mucho, demasiado para parirla, pues. (P2:009)	
Llegué a pensar que me iba a quedar ahí parada, que a mi bebé le iba a pasar algo. (P2:013)	
…pensé que se iba a morir o algo así. (P2:040)	
…me sentía asustada. (P2:087)	
Mi experiencia yo la catalogo como muy mala (P3:012)	

Como última categoría universal (Tabla 6) emerge que el momento del parto fue traumático debido a la percepción de dificultad (P1:009, P2:009, P2:013) y miedo (P2:040, P2:087) que vivenciaron. En definitiva, el momento significó algo muy malo (P3:012), que incluso una paciente refirió no querer volver a repetirlo (P1:117).

INTERPRETACIÓN

La atención hospitalaria del parto ha sido un momento que ha tenido un impacto muy positivo en relación a la salud de la mujer y el niño (15). Un momento que en el presente fenómeno investigado, y en relación a la atención del médico percibida por las pacientes, es positivo en gran medida en tanto se cumplen las intervenciones médicas apropiadas para estos casos. Se observa que estos médicos están cumpliendo una serie de intervenciones para la obtención del producto, descritas en la fase 3 del protocolo de atención,

cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia; donde en el período de dilatación indica la realización de historia clínica, examen físico, tacto, cuantificación de signos vitales y, en determinadas circunstancias si es necesario, profilaxis antibiótica para ser pasadas a sala de trabajo de parto, informándoles previamente de la conveniencia de dicha aplicación y obteniendo el consentimiento informado por escrito (16), todo lo cual se observa en la estructura emergente del fenómeno estudiado.

Por otra parte, algunas de las entrevistadas expresaron que recibieron una atención médica indebida. Éstas refirieron no habérseles brindado la mejor atención, sintiendo falta de comprensión e interés al momento de su llegada, además de ello manifiestan que aun iniciando el trabajo de parto, fueron remitidas a otros centros de salud, e incluso a sus hogares generando como consecuencia parir fuera de la sala de parto, algo que ha traído el doble de riesgo para el recién nacido quién tiene más probabilidades de morir (17). En último lugar, una paciente manifestó que para recibir buena atención se debía sufragar tal atención. Los elementos negativos prenombrados anteriormente contradicen estamentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde establece que toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo la participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención (18). La mujer ha de ser protagonista del parto y participar en la toma de todas sus decisiones al respecto. Se impone el papel preponderante de la mujer, así como el aspecto ético legal en que debe estar fundamentado este acto médico y humano.

Aunado a esto, este grupo de mujeres observan deficiencia de información médica sobre los procedimientos que se están realizando o van a realizar. Las pacientes refirieron que no tuvieron explicación de ello, a menos que ellas hicieran las preguntas sobre lo que les estaban haciendo. Estos hallazgos son similares a los obtenidos en una investigación realizada en el hospital Dr. Domingo Luciani donde un porcentaje de pacientes resultó tener desinformación respecto al procedimiento a realizar, al igual que desinformación del medicamento a colocar (10). Otra investigación llevada a cabo con pacientes ingresadas para su atención obstétrica por el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” arrojó similares resultados. Estas pacientes indicaron que no recibieron información adecuada sobre los procedimientos que les practicarían y que se les habían realizado procedimientos médicos o quirúrgicos sin solicitarles el consentimiento informado por escrito (19). Sin duda están sucediendo hechos que no concuerdan con que el médico sea un buen comunicador en cuanto a los procedimientos que debe informar a sus pacientes.

A su vez también la ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (20), el código deontológico medico (21) y la ley orgánica de salud (22), expresan que el médico está en el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes las indicaciones y los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, así como las alternativas al mismo, e incluso en intervenciones quirúrgicas, se debe solicitar el consentimiento informado anticipadamente (20). A partir de este marco de leyes el médico y, en general, el personal de salud tiene un papel importante, siendo parte de la ética del médico defender, cumplir y garantizar dichos derechos.

El consentimiento informado es un documento médico legal que se le debe aplicar a toda aquella paciente que se le realice una historia de ingreso antes de ejecutar cualquier procedimiento. En el caso de los hallazgos de la presente investigación, se evidencia la irregularidad de no obtención por parte del médico del consentimiento informado de la paciente, ya que en su mayoría refirieron no firmarlo. Ésta es una irregularidad que se ha observado en otros contextos investigativos. Por ejemplo, una investigación mostró que se habían realizado procedimientos médicos sin consentimiento informado y, en conclusión, se demostró que no se aplicaba de manera sistemática la obtención del mismo (5). Lo anterior contrasta con lo estipulado en el artículo 52 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que menciona que quien intencionalmente prive a la mujer de su capacidad reproductiva, sin brindarle la debida información, ni obtener su consentimiento expreso, voluntario e informado, no existiendo razón médica o quirúrgica debidamente comprobada que lo justifique, será sancionado o sancionada con pena de prisión de 2 a 5 años (19). Todo esto resalta la importancia que tiene estar al tanto del marco legal, siendo indispensable conocer las leyes en medicina y las de protección a la mujer para evitar repercusiones desde el ámbito legal, ya que desconocer de leyes no nos hace exentos, por lo que existen penalidades sobre las faltas en la práctica.

A pesar de todos estos aspectos legales mencionados, otro punto coyuntural que se evidencia en el ámbito asistencial es la deficiencia de recursos médico-quirúrgicos, ya sea por su costo o por la falta de mantenimiento, afectando así en la atención de las pacientes. Situación similar podemos observarla en los resultados de una investigación donde concluyeron que en Argentina, así como en muchos países de Latinoamérica, los sistemas de salud pública atraviesan momentos de crisis y hacen frente a problemas graves de falta de insumos, personal y presupuesto. (8)

No es, por lo tanto, extraño que algunas pacientes refieran el parto como una vivencia traumática, describiéndola como un proceso difícil y causante de miedo; dicho momento significó algo muy negativo, que no se espera volver a repetir. Esto es un fenómeno al que se le debe prestar la debida atención como hipótesis de investigación. En efecto, la OMS menciona que los componentes sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención apropiada.

El respeto a la autonomía y protagonismo de la mujer es por tanto un indicador básico a la hora de juzgar la calidad de la atención (17), por lo que mejorar el trato hacia ellas, con ética profesional para modificar esta experiencia, es un reto.

Comprensión del fenómeno. El sentido que sobre el momento del parto tuvieron las mujeres que vivenciaron este fenómeno en el hospital locación de estudio en el estado Carabobo emerge como muy significativo.

Un grupo mayoritario percibe que tuvieron una atención médica eficiente al momento de recibir la atención por parte del personal médico, cuya finalidad es ingresarlas. Fueron atendidas por orden de llegada durante la consulta, fueron interrogadas, se les calculó la edad gestacional, y se les examinó desde el punto de vista céfalo-caudal por órganos y sistemas. Como parte del examen físico se les llevó a cabo la realización del tacto, ecografía y toma de signos vitales, para finalmente hacer los diagnósticos e ingresar aquellas con una gestación a término, que cursase con dolor, dinámica regular y que estuviese en trabajo de parto. Además de ello, se les informó todo procedimiento a realizar, brindándoseles compañía y explicación debida a todo momento.

La relación médico y paciente se afianza nuevamente debido a que las pacientes percibieron apoyo psicológico y emocional, puesto que se les brindó la ayuda requerida durante el parto. Éstas refieren motivación y respeto por su intimidad, ofreciéndoseles abrigo y evitando el paso de personas ajenas al ambiente donde ellas están. A su vez se les cumplió antibióticoterapia cuando fue necesario, generando así una buena referencia del médico que las atendió. Finalmente corroboran haber sido atendidas, no teniendo que vivir una larga espera a su llegada a dichas instalaciones y dándoseles libertad de expresión en el momento del parto.

Un pequeño grupo, contrario a lo anterior, refirieron haber tenido una atención médica indebida. Estas pacientes sintieron indiferencia y desatención al momento de su llegada. Reprocharon que, aun estando en trabajo de parto, fueron remitidas a otros centros hospitalarios e incluso de regreso a sus hogares, generando como consecuencia haber parido fuera de sala de parto. Una paciente increpó que para recibir buena atención había que pagar. Se añade que el aporte en el suministro de información médica procedimental por parte del médico hacia la paciente fue deficiente. Solo lo recibían cuando se mostraban interesadas al respecto.

Otro elemento que cobra sentido dentro de las vivencias de todas estas mujeres es que existe irregularidad en la obtención por parte del médico del consentimiento informado de la paciente. Así mismo, refieren deficiencia de recursos médico-quirúrgicos. Finalmente, es significativo que algunas mujeres observaran la vivencia del parto como algo que no deseaban volver a repetir debido a que fue dificultoso y les había causado miedo.

CONSIDERACIONES FINALES

Tomando como base el sentido que configuró el fenómeno por parte de estas pacientes debemos recomendar dar a conocer los hallazgos de la investigación a todos los entes del sistema que tienen que ver con la atención médica en el momento del parto. A su vez crear un formato o una hoja de registro donde se pueda evaluar, antes de ser egresadas, la percepción que las mujeres atendidas tuvieron de su parto, que expresen sus deseos y necesidades y cómo fue la atención recibida. Será un aporte para tener una evaluación continua tanto cuantitativa como cualitativa acerca del ejercicio médico en este sentido.

Asimismo, es sustantivo brindar la información a los profesionales de la medicina que laboran en este centro acerca de los resultados del estudio a fin de que se inicie la concientización de la necesidad de brindar cuidados integrales y de calidad a las embarazadas, defender, cumplir y garantizar los deberes y derechos del médico y las pacientes que visitan nuestros hospitales y cumplir así con las normas del Código de deontología médica, la Ley orgánica de salud y la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Esto sería fundamental para aquellos médicos que no atendieron positivamente a sus pacientes, pero en general, para que también los que lo hicieron bien participen sus maneras de actuar al respecto. Para finalizar, se debe garantizar la obtención oportuna del documento de consentimiento informado, donde finalmente la usuaria o representante autoriza al médico tratante realizar procedimientos, en caso de intervenciones necesarias, explicados previa información otorgada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Un. Org. [internet]. Salamanca: Portal Naciones unidas; 2013 Jun; [Consultado 05 Marz 2016]. Disponible en: http://www.un.org/es/rights/overview/

2. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela #36.860.

3. Uzcátegui O. El derecho de la mujer a elegir la vía del nacimiento. Revista obstetricia y ginecología de Venezuela [internet]. Caracas 2011 Dic; [Consultado 09 Dic 2016]; 71(4): 219-222. Disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000400001

4. Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. Revista Salud pública de México [internet]. Morelos 2006 Ene; [Consultado 05 Marz 2016]; 48(2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48s2/31380.pdf

5. Terán P, Castellanos C, González B, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Revista obstetricia y ginecología de Venezuela [internet]. Caracas 2013 Sept; [Consultado 05 Marz 2016]; 73(3): 171-180. Disponible en http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art04.pdf

6. Viñals LV. DiarioUchile. Violencia obstétrica: La herida invisible del parto. 2014 Oct; [Consultado 09 Mar 2016]; Disponible en: http://radio.uchile.cl/2014/10/06/violencia-obstetrica-la-herida-invisible-del-parto/

7. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas: Fondo de población de las naciones unidas (UNFPA); 2007. [Consultado 15 Marz 2016]; Disponible en http://venezuela.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pub-pdf/Ley_mujer%20(1)_0.pdf

8. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética/Unesco. [internet]. EEUU. 2013 Jun; [Consultado 05 Marz 2016]; 1(7): 25-34. Disponible en http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf

9. Camacaro CM. La construcción discursiva médico-obstétrica en el proceso reproductivo de las mujeres. Educación y ciencias sociales [Revista en internet]. Jul 2008; [Consultado 05 marz 2016]; 35(1). 95-115. Disponible en: file:///C:/Users/Luis%20Diaz/Downloads/71-266-1-PB%20(1).PDF

10. Hernández CM, Vera AC. Violencia obstétrica en la gran Caracas. Estudio multicéntrico. [Trabajo Especial de Grado] Universidad central de Venezuela: Hospital Dr. Domingo Luciani; 2012.

11. Arena L, Hidalgo E, Mojarro M, Valdez R. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. Conamed [Revista en internet]; Morelos. Marz 2013; [Consultado 12 Marz 2016]; 18(1): 14-20. Disponible en https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4237199

12. Fernández G. Asociación el consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención maternoinfantil. [Monografía de internet]. Caracas 2003 Nov; [Consultado 05 Marz 2016]; Disponible en http://www.holistika.net/parto_natural/parto_medicalizado/el_consentimiento_de_la_mujer_y_otros_aspectos_legales_de_la_atencion_materno_infantil.asp

13. Galvao C. Comparación de los paradigmas de investigación cualitativa. [Monografía en internet] Valencia 2014. [Consultado 15 Dic 2014] Disponible en: http://documents.mx/documents/comparacion-de-los-paradigmas-de-investigacion-cualitativo-trabajo.html

14. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la investigación. 5ta ed. México D.F: McGraHill; 2010.

15. Aguayo J, Gómez A, Hernández M, Lasarte J, Lozano M, Pallas C. Manual de lactancia materna de la teoría a la práctica. Madrid: Panamericana SA; 2009.

16. Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. Venezuela. Abr 2014: 13-25. [Consultado 09 Jul 2016]; Disponible en: http://www.paho.org/ven/images/stories/ven/protocolos/obstetrico/protocolo_obstetrico.pdf?ua=1

17. Núñez O, Núñez E, Ibáñez A, Rojo E. Mortalidad perinatal en la unión europea ¿influye si el parto es hospitalario o domiciliario? Revisión de literatura. Recien [Revista en internet]; Murcia. May 2014; [Consultado 09 Dic 2016]; 8: 14. Disponible en https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44989/1/recien_08_04.pdf

18. Organización Mundial de la Salud. Tecnología apropiada para el parto. Lancet 1985; 2:436-437. [Consultado 09 Ene 2017]; Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/embarazo_y_salud/tecnologia_parto

19. Pereira C, Domínguez A, Merlo J. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. Revista obstetricia y ginecología de Venezuela [Revista en internet]. Caracas. 2015 Jun; [Consultado 25 enero 2017]; 75(2): 081-090. Disponible en http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v75n2/art02.pdf

20. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Gaceta oficial de la república bolivariana de Venezuela, asamblea nacional, #38770. Caracas, (Sep 17, 2007). [Consultado 09 Marz 2016].

21. Código de deontología médica. Aprobado durante la LXXVI reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana. Caracas. (Mar 20, 1985).

22. Ley orgánica de salud. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38650. (Marz 22, 2007).